UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 22

LA DYSSOMNIE DANS LA DYSHYPOPHYSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Avril 1920

PAR

Léopold POINSIGNON

Né à Tlemcen le 27 Juin 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale*..... PRÉSIDENT.

GILLOT, *Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées*..... } JUGES.

TOURNADE, *Professeur de physiologie*..... }

DUMOLARD, *chargé des fonctions d'agrégé (médecine)*..... }

ALGER

ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN

Jules CARBONEL

IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

LA DYSSOMNIE

DANS LA DYSHYPOPHYSIE

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 22

LA DYSSOMNIE
DANS LA DYSHYPOPHYSIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Avril 1920

PAR

Léopold POINSIGNON

Né à Tlemcen le 27 Juin 1889

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, *Professeur de clinique médicale*..... PRÉSIDENT.

GILLOT, *Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées*..... } JUGES.

TOURNADE, *Professeur de physiologie*..... }

DUMOLARD, *chargé des fonctions d'agrégé (médecine)*..... }

ALGER

ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN

Jules CARBONEL

IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✱, I. ✠).
ASSESSEUR	HÉRAIL (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✱, I. ✠).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✠).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✱, I. ✠, ✠).
Chimie médicale	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✠),
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✱, I. ✠).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✱, I. ✠).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✱, A. ✠).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✠).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT, (✱, I. ✠, O. ✠).
Histologie	ARGAUD (✱, I. ✠).
Hygiène	CHASSEVANT (✱, I. ✠, ✠).
Médecine légale	MICHELEAU (✱).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✠).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✱, I. ✠).
Pharmacie	X.....
Physiologie	TOURNADE (✱).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✠).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✱).
REY (✱, I. ✠).
MM. BATTANDIER (I. ✠).
MALOSSE, Théod. (I. ✠, ✠).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✱, I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✱, I. ✠). LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD. M. DUMOLARD.
Accouchements	FUSTER (✱, I. ✠).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✠).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO (A. ✠).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A ma Mère et à mon Père

En faible témoignage de reconnaissance et de piété filiale.

A la mémoire de mon Frére PHILIPPE

Mort à Bizerte à la veille de sa démobilisation et dont le souvenir, pieuse relique de notre affection mutuelle, ne disparaitra qu'avec nous-même.

A ma Belle-Sœur et à mes Nièces

A mon Frère AUGUSTE

A ma Famille

En gage de profonde affection.

Aux Camarades

tombés au Champ d'Honneur

A la mémoire de mes regrettés Amis

François BÈZES, Jules GÈGHRE

Morts pour la France

A mes bons Amis du 1er Zouaves

Les Docteurs VIGUIER, VOGT, ROUVIER,
L. MONTERO, EBERT

A ceux qui au cours de la guerre m'ont
témoigné de l'intérêt,
de l'estime, de la sympathie, de l'amitié

Aux Médecins traitants
et à leurs auxiliaires si dévouées
de l'Hospice de la Compassion
(Hôpital de Blessés de Rouen)

Qui nous soignèrent avec tant de bonté et de délicate attention.

A mes Amis

A mes Maîtres

De l'Hôpital de Mustapha et de la Faculté de Médecine
d'Alger

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL
Professeur de Clinique médicale

A mes Juges

JE DÉDIE CETTE THÈSE

L. P.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous terminons nos études médicales. — interrompues par cinq années de guerre, — nous saluons avec respect et avec émotion ceux de nos camarades qui sont morts pour la France. Leur dévouement et leur abnégation nous seront toujours un exemple dans la vie qui s'ouvre devant nous.

Nous avons aussi l'agréable devoir de remercier nos Maîtres de l'Hôpital et de la Faculté de l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Nous nous inclinons respectueusement devant la mémoire de M. le professeur Brault qui fut toujours pour nous un maître aimable et bon et qui nous honora de sa bienveillante estime. Nous conservons de ce maître un souvenir plein d'émotion.

Que MM. les professeurs Soulié, Gillot et Dumolard, MM. les docteurs Goinard, Aboulker et Lemaire veuillent bien accepter l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. le professeur Rouvier a bien voulu nous accueillir dans son service où nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt et de profit les excellentes leçons de son enseignement magistral. Nous lui en adressons nos respectueux remerciements.

Que M. le docteur Aubry soit assuré de toute notre

gratitude pour l'intérêt et le dévouement qu'il nous a témoignés dans une circonstance critique.

Que notre président de thèse, M. le professeur Ardin-Delteil, qui nous a inspiré ce sujet et qui nous a aidé de ses excellents conseils, nous permette de lui en exprimer toute notre reconnaissance et de lui adresser nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

Nous ne saurions oublier de remercier MM. les professeurs Cange, Poujol, Tournade, nos bons amis les docteurs Derrieu et Schwebel, qui nous ont facilité la découverte de renseignements utiles à notre travail, et principalement notre excellent ami, le docteur G. Rösch, qui a mis tant d'obligeance et de soin à nous traduire rapidement de longues observations de langue anglaise.

Enfin, nous conserverons le meilleur souvenir de nos bons camarades d'études, les docteurs Witas, Sénevet, Pouget, Gassiot, Legendre, Gruny et Scal et les docteurs G. Rösch et A. Viguier, à qui nous lient d'excellents sentiments de profonde amitié.

INTRODUCTION

L'étude du sommeil est un champ tellement vaste que nous ne saurions avoir la prétention de le parcourir tout entier. Littérature, sciences, arts même en ont fait leur domaine. Les lettres l'ont chanté, les arts en ont fixé les attitudes et les sciences ont essayé de l'expliquer, depuis la plus haute antiquité.

Toutes sortes de théories ont été émises à son sujet.

Les plus anciennes, avec Alcméon, Empédocle, Aristote, l'envisageaient comme une conséquence des modifications du sang lui-même. Les premières théories de l'époque moderne, avec Blumenbach, Mosso, Guéneau de Mussy, sont basées sur les modifications de la circulation cérébrale.

Puis apparaissent des théories nouvelles : toxiques avec Preyer, Bouchard, Dubois, où l'agent varie avec les auteurs ; nerveuses avec Purkinjie, Mathias Duval, Brown-Sequard ; biologique avec Claparède ; secrétoires avec Forneris, Lorand, qui envisagent à ce point de vue la sécrétion de la thyroïde, et avec Salmon qui songe à l'hypophyse.

A l'examen des faits, en réalité, on trouve de nombreux cas dans lesquels le rôle de l'hypophyse semble se manifester, quoique sans doute encore confus et insuffisamment déterminé, dans l'apparition des troubles du sommeil.

La coexistence fréquente de l'altération hypophysaire et des troubles du sommeil dans des atteintes différentes

de l'encéphale, des glandes endocrines ou même d'organes divers ne permet-elle pas d'orienter les hypothèses dans un sens déterminé ?

C'est ce que nous allons essayer de chercher. Mais on ne saurait étudier le sommeil pathologique sans dire un mot du sommeil physiologique. Aussi, dans notre première partie examinerons-nous très rapidement trois théories du sommeil : l'une permettra de discuter les observations que nous apportons et les deux autres de comprendre la raison d'être de la théorie de Salmon. Nous exposerons ensuite cette théorie et nous passerons à l'examen des faits, après avoir dit un mot de l'hypophyse et de ce qu'il faut comprendre sous la dénomination de sommeil pathologique.

Dans notre deuxième partie, nous citerons les observations et nous les discuterons.

Enfin nous essaierons de tirer quelques conclusions sur le sens et l'orientation à donner aux recherches sur cette question.

Première Partie

Sans les exposer en détail et sans en faire la critique, nous résumerons les théories relatives au centre du sommeil, à l'hypnotoxine et au sommeil instinct qui nous seront utiles, à des titres divers dans le reste de notre développement, quand nous nous occuperons des faits.

CHAPITRE PREMIER

THÉORIE DU CENTRE DU SOMMEIL

Cette théorie n'est pas basée sur une simple vue de l'esprit ; elle repose sur des faits pathologiques et sur des expériences précises.

Après avoir placé ce centre en des endroits différents, les auteurs semblent actuellement unanimes à le localiser dans le mésocéphale. Gayet l'avait déjà placé, à la suite de son observation de 1875, près de l'aqueduc de Sylvius. Lesage et Abrami rapportent vingt-cinq cas de méningite tuberculeuse dans lesquels la somnolence fut le premier et le plus caractéristique des symptômes. Or, à l'autopsie de tous ces cas, les auteurs trouvèrent un foyer de méningite strictement localisé entre le chiasma et la protubérance.

Pour Warlomont « le sommeil serait le résultat de per-

turbations du système nerveux localisées selon toute vraisemblance pour les diverses variétés du sommeil nerveux, dans la région cérébrale située entre les pédoncules cérébraux et les tubercules quadrijumeaux ».

Les expériences de Dubois sur la marmotte semblent avoir enfin précisé ce point. Cet auteur arrive aux conclusions suivantes :

« La marmotte privée des hémisphères peut s'endormir et s'éveiller. »

« L'animal opéré pendant son sommeil peut vivre avec le bulbe seulement, pendant plus d'une semaine, mais ne peut plus se réveiller automatiquement et meurt en état de sommeil. »

« L'intégrité des tubercules quadrijumeaux, des corps striés et des couches optiques, n'est pas indispensable pour que le sommeil et le réveil se produisent. »

Cette dernière proposition — résultat de l'expérimentation — ruine la théorie de Luys et de Todd qui voulaient faire de la couche optique le centre du sommeil.

Ces trois constatations permettent donc à l'auteur de situer ce centre dans le mésocéphale et plus précisément dans le plancher de l'aqueduc de Sylvius.

En outre l'expression de centre du sommeil ne paraît pas très exacte. Dubois, en effet, conclut : « Vers la partie antérieure de l'aqueduc de Sylvius et du côté du plancher du III^{e} ventricule, il existe des centres d'où dépendent l'hypothermie, le réchauffement, la torpeur et la veille ». Et c'est centre de la veille qu'il appelle celui qui préside à ces deux derniers états.

Cette appellation est conforme à l'opinion de Bérillon.

« Il faudrait, dit-il, plutôt admettre un centre du réveil que du sommeil, car on peut lutter quelque peu contre le sommeil, on peut se réveiller à une heure voulue, on

peut interrompre le sommeil par des excitations de la vue, de l'ouïe, du tact, ou par des excitations somatiques spontanées.

« Le sommeil anesthésique se produit par paralysie par absorption des gaz, du centre du réveil.

« L'état de veille, encore plus que l'état de sommeil dépend donc de l'intégrité de ce centre. Quand par l'influence d'une cause quelconque (psychique, toxique, anatomique, compressive), le centre du réveil se trouve dans l'incapacité de fonctionner, le réveil est encore possible, mais l'état de veille ne peut plus être maintenu. »

« Dans le cas de sommeil irrésistible, il doit y avoir lésion du centre de la veille. A noter la grande influence des excitations psychiques sur le sommeil, d'où l'hypnotisme serait l'inhibition du centre par influence psychique et action physique souvent combinées. De même pour le réveil, mais en sens inverse... »

L'existence d'un centre de la veille est rendue séduisante par la réalité des faits de sommeil électrique, où il y a substitution du courant électrique à l'influx nerveux. Les expériences de Stephan Leduc sont à noter : « Les animaux soumis à ces expériences ont dormi naturellement pendant plus de huit heures consécutives. L'auteur lui-même s'est soumis à cette épreuve mais sans aller jusqu'au sommeil complet. L'inhibition atteint d'abord les centres du langage, puis les centres moteurs ; des sens, l'ouïe semble persister la dernière. Les sensations tactiles sont émoussées : on conserve sa lucidité qui disparaît la dernière. »

CHAPITRE II

—

THÉORIE TOXIQUE DU SOMMEIL

En s'adressant à l'expérimentation, Piéron a cherché à obtenir des phénomènes de sommeil par injection, à des chiens sains, de sérum et de liquide céphalo-rachidien de chiens rendus insomniques. Il a, de plus, analysé histologiquement les cerveaux de ces animaux injectés. Les résultats sont intéressants et prouvent l'existence d'une hypnotoxine d'origine encéphalique, à action encéphalique, action plus nette avec l'injection de liquide céphalo-rachidien, qu'avec celle de sérum.

« Le résumé des observations, dit l'auteur, permet des conclusions très fermes relativement à l'existence d'une propriété hypnotoxique du sérum sanguin, du liquide céphalo-rachidien et du plasma cérébral des animaux insomniques, entraînant les mêmes altérations, dans les mêmes cellules nerveuses que celles que l'on rencontre après une longue période d'insomnie, altérations également réparables après un court laps de temps. »

Dans des expériences très précises, Piéron a noté que tous les animaux ayant reçu des injections de sérum ou de liquide céphalo-rachidien, provenant des chiens insomniques, ont présenté, à des degrés divers, de la somnolence, du besoin plus ou moins irrésistible de sommeil.

« Chez aucun des quatre animaux témoins, ajoute-t-il,

ayant reçu des injections de sérum ou de liquide céphalo-rachidien normal, il n'y eut de somnolence ni d'altérations cellulaires, mais seulement dans deux cas, une certaine inertie et une réaction inflammatoire, cas dans lesquels il pouvait y avoir eu une légère compression par suite d'un excès de 4 et de 6 cc. de liquide introduit dans les ventricules, faute d'un prélèvement suffisant de liquide céphalo-rachidien.

« D'autre part, tous, sauf deux, à côté d'une réaction inflammatoire très variable ont subi des altérations cellulaires à peu près identiques à celles trouvées chez les animaux insomniques. Chez les deux chiens qui ne présentèrent pas d'altérations, la somnolence fut aussi très peu marquée ; ils avaient reçu l'un du sérum, l'autre du liquide céphalo-rachidien d'une chienne qui se montra très résistante à l'insomnie, chez qui le besoin de sommeil n'était pas très impérieux encore et dont les altérations cellulaires étaient presque nulles.

« Cette exception semble donc fournir une véritable expérience témoin montrant la relation qui existe entre le besoin de sommeil et les altérations cellulaires chez l'animal insomnique et chez l'animal qui a reçu des produits insomniques.

« Il existe à coup sûr, conclut l'auteur, dans la partie du sérum provenant d'animaux insomniques qui est insoluble dans l'alcool et soluble dans l'eau distillée, une propriété toxique provoquant un besoin de sommeil irrésistible auquel l'animal cède en général ; on note alors un sommeil profond, avec respiration ronflante.

« La propriété hypnotoxique paraît liée à un vecteur, à une hypnotoxine. »

Piéron a observé que cette action toxique disparaissait par oxydation et sous l'action de la chaleur à 65°.

« Ces caractères rapprocheraient des diastases le corps hypothétique auquel serait liée cette action toxique. Celle-ci ne peut se rapporter ni à l'acide lactique, ni à la névrine, ni aux produits de l'urine qui sont solubles dans l'alcool.

« Cette action se manifeste avec plus d'intensité dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sérum et cela est une indication précieuse. Le cerveau paraît donc le laboratoire où s'élabore l'action hypnotoxique.

« Et si les grandes cellules pyramidales de la région préfrontale sont électivement atteintes, rien ne prouve que cette action toxique ne peut s'exercer sur d'autres régions, suffisamment pour paralyser l'activité fonctionnelle, insuffisamment pour entraîner une dégénérescence histologiquement révélable. »

CHAPITRE III

THÉORIE DU SOMMEIL FONCTION POSITIVE

Tout autre est la théorie de l'instinct du sommeil. Pour Claparède, qui en est l'auteur, le sommeil est une fonction positive. On peut la mettre en parallèle avec les fonctions sécrétoires. Il est indéniable que le sommeil subit l'influence de l'élément psychique et ce sont surtout les sécrétions qui, parmi les fonctions végétatives, sont ainsi influencées.

L'appétit consiste dans la sécrétion gastrique précédant le repas : il existe de même un désir de sommeil qui fait que « l'appétit du sommeil » (Lasègue) est analogue à l'appétit de manger. « Le sommeil est le moment du repas du cerveau », dit Debove. C'est un véritable phénomène de nutrition pour les cellules cérébrales.

Enfin on peut établir une comparaison détaillée entre le sommeil et la miction, considérée comme acte terminal de la sécrétion urinaire. On dort comme on urine, par besoin. Ces deux fonctions sont provoquées par le besoin et déterminées par une sensation spécifique. La volonté peut, jusqu'à un certain point, les favoriser et les retarder toutes deux. Inversement on observe une véritable incontinence du sommeil — physiologique, chez les tout petits par exemple, ou pathologique — analogue à l'incontinence de l'urine.

Et Claparède considère ainsi le sommeil comme un instinct « qui a pour but en frappant l'être d'inertie de l'empêcher de parvenir au stade d'épuisement. Ce n'est pas parce que nous sommes intoxiqués et épuisés que nous dormons, mais c'est pour ne pas l'être ». Peut-être serait-il plus exact de dire : c'est parce que nous commençons à l'être et c'est pour éviter de l'être complètement, ou seulement davantage.

Cette théorie se borne à expliquer le sommeil physiologique mais ne rend pas compte du sommeil pathologique. Pour Clarapède « le critère du caractère pathologique du sommeil est fourni par la notion d'intérêt de l'individu. Est normal tout sommeil qui lui profite, est anormal tout sommeil qui lui nuit, qui n'est pas adapté aux conditions du moment ».

Il n'en reste pas moins que cette théorie a un aspect séduisant dans sa partie affirmative et c'est parallèlement à cette notion positive de sécrétion hypnique que Salmon a édifié une théorie hypophysaire du sommeil.

CHAPITRE IV

THÉORIE HYPOPHYSAIRE DU SOMMEIL

Alors que Forneris d'abord et Arnold Lorand ensuite édifiaient une théorie du sommeil basée pour le premier sur l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde et pour le second sur son hypofonctionnement, Salmon expose le rôle de l'hypophyse dans la production de l'hypersomnie.

Considérant que le sommeil physiologique ne peut être regardé comme l'effet d'un simple phénomène vasomoteur, cet auteur, dans ses premiers travaux (1905), estime plus logique et plus vraisemblable d'en attribuer l'origine à une sécrétion interne physiologique.

La glande pituitaire, en raison de son siège spécial près des centres psychiques, de ses relations étroites physio-pathologiques avec le système nerveux central lui semble la glande la plus adaptée à remplir ces fonctions.

Il attribue donc tout d'abord à cette glande la sécrétion d'une hormone hypnogène. Puis, quelques années plus tard (1917), cet auteur revenait sur sa première idée et émettait l'hypothèse que le rôle de la pituitaire ne résidait point dans la sécrétion de cette hormone mais « dans ses propriétés trophiques et antitoxiques à l'égard des cellules nerveuses corticales. On comprend en effet que si le sommeil est intimement lié à la fonction réparatrice des éléments corticaux, il se modifie par toutes les altéra-

tions des organes présidant à la nutrition et à la défense antitoxique des éléments. C'est justement par ce mécanisme que les troubles hypniques d'origine hypophysaires trouvent leur plus claire explication. »

Comme on le voit, ces deux phases de la même théorie se ramènent à l'action de la sécrétion hypophysaire.

Et les auteurs semblent aujourd'hui admettre l'idée que la sécrétion interne de l'hypophyse n'est pas négligeable en ce sens. « Tous les auteurs et nous-mêmes, disent Renon et Delille, avons observé que l'injection d'extrait pituitaire à un animal amenait une torpeur et une somnolence presque immédiate ». Notons ici en passant l'analogie de ce fait avec les résultats obtenus par Piéron. Les mêmes extraits hypophysaires employés chez les insomniques ont donné des résultats satisfaisants aux mêmes auteurs qui ajoutent « quelle que fût l'affection traitée, l'action générale de l'hypophyse a porté toujours... sur le sommeil..... Dans tous les cas, les malades ont eu plus de sommeil. L'opothérapie pituitaire a donné à tous ces malades un sommeil meilleur et souvent même excellent. »

Voilà les résultats de l'expérimentation. Il nous reste à examiner les faits et à discuter les observations, mais il nous paraît utile auparavant de rappeler très brièvement l'anatomie et la physiologie de l'hypophyse, puis ce qu'il faut entendre par sommeil pathologique.

CHAPITRE V

L'HYPOPHYSE

Cette glande, logée dans la selle turcique et appendue à la tige pituitaire qui prolonge la partie la plus saillante du tuber-cinereum se compose de deux lobes dont l'origine est très différente : le lobe postérieur, comme la tige pituitaire qui vient s'implanter exclusivement sur lui, a une origine nerveuse. Au contraire, le lobe antérieur, hypophyse proprement dite, a une origine ectodermique.

C'est le pharynx primitif qui le forme en poussant un prolongement dont le cul-de-sac terminal finit par s'isoler sous forme de vésicule. Celle-ci vient adhérer à la face antérieure du lobe nerveux qu'elle entoure comme un fer à cheval.

Le lobe nerveux reste en rapports étroits avec la base du cerveau et avec le bulbe par des fibres qu'ont décrites Cajal et d'autres auteurs. Gemelli, notamment, a décrit de nombreuses fibres nerveuses fines « qui partent de l'infundibulum et courant presque rectilignes, parcourent le pédicule pituitaire parallèlement à la cavité de celui-ci, arrivent au lobe nerveux et là s'irradient de manière à donner l'impression d'un éventail. Arrivées sur la couche glyo-épitheliale qui enveloppe le lobe nerveux, elles courent sur un trajet plus ou moins long, parallèlement à la surface de celle-ci, ensuite elles y entrent et

atteignent la surface externe pour se replier et retourner dans la profondeur de la couche : elles se terminent par de petits boutons entourant les éléments glyo-épithéliaux ». « Par ces fibres, dit Perrier, l'hypophyse est reliée à la base du cerveau, à la moëlle, aux splanchniques, aux ganglions semi-lunaires. Grâce à ce système elle tient sous sa dépendance le cœur, les vaisseaux, le poumon et sans doute les autres appareils. Par sa situation sous le III[e] ventricule, l'hypophyse se trouve reliée aux prolongements de la substance grise antérieure, aux noyaux crâniens, aux cordons nerveux qui se trouvent dans le plancher et les parois. Elle est donc le lieu de perception et de contrôle des impressions centripètes qui règlent la sécrétion de toutes les glandes. C'est un centre de coordination de la plupart, sinon de tous les processus vitaux. »

Mais elle est elle-même glande à sécrétion interne, et Paderi a constaté la présence du brome dans sa substance glandulaire.

Les cellules du lobe antérieur, seul sécréteur pour Perrier, apparaissent sous deux aspects : les unes sont chromophiles — cellules en activité — les autres chromophobes — cellules au repos.

La sécrétion donne deux produits qui passent directement dans le sang. « Une substance amorphe, la colloïde intra ou intercellulaire, et une substance grasse intracellulaire ». (Perrier).

Andriezen reconnaissait à cette sécrétion une action trophique sur les centres nerveux et une action destructive servant à neutraliser et à rendre non nocifs les matériaux de déchet de l'activité nerveuse. Pour Sandri, à l'encontre de l'opinion de Perrier, non seulement le lobe épithélial, mais aussi ce qu'on appelle le lobe nerveux de

l'hypophyse contient des cellules glandulaires propres avec des caractères d'éléments actifs et sécrétants. L'hypophyse, outre qu'elle fait partie du groupe des glandes à fonction antitoxique possède encore un principe actif qui, injecté à des animaux, exerce une influence notable sur la pression sanguine et sur les contractions cardiaques. Outre le pouvoir cardiovasculaire, le principe actif hypophysaire possède aussi un pouvoir toxique.

Voilà ce qu'est la glande, voyons ce qu'est le sommeil pathologique.

CHAPITRE VI

LE SOMMEIL PATHOLOGIQUE

Le sommeil pathologique n'est à vrai dire que l'exagération du sommeil physiologique. Il en a la même nature et ne s'en distingue que par des caractères spéciaux qui lui donnent sa physionomie propre : durée, soudaineté, profondeur, réapparition fréquente par exemple.

L'hypersomnie est un sommeil morbide profond, apparaissant sous des formes plus ou moins atténuées et présentant tous les intermédiaires qui la séparent du sommeil normal. Lhermitte en établit plusieurs degrés :

La *tendance au sommeil* n'est pas une hypersomnie vraie, elle peut d'ailleurs s'accompagner d'hyposomnie, elle existe chez des sujets qui ont une tendance marquée à s'endormir mais que cet assoupissement ne délasse pas et qui s'éveillent au moindre bruit.

La *somnolence* est un état dans lequel la conscience est conservée quoique obscurcie « c'est cet état indécis entre la veille et le sommeil » (Gelineau).

L'hypersomnie simple consiste en ce fait que la durée du sommeil est réellement augmentée en même temps que ce sommeil, loin d'être réparateur, est au contraire déprimant.

La *narcolepsie* est l'hypersomnie profonde, prolongée procédant par crises et laissant le sujet en dehors de ces crises dans un état pychique normal. Elle n'est pas une

entité, elle est un symptôme. Son mécanisme est celui du sommeil normal. Les fonctions générales de l'organisme sont ralenties. Un caractère particulier réside dans la soudaineté de l'accès de sommeil contre lequel le sujet cherche, souvent en vain, à se défendre. Et au réveil provoqué ou survenu spontanément il ne tarde pas à y avoir de nouveau endormissement.

La *léthargie* est un sommeil profond et continuel dans lequel le malade parle quand on le réveille, mais ne sait ce qu'il dit, oublie ce qu'il a dit et retombe promptement dans son premier état.

Quand au *coma* il n'a plus rien de commun avec le sommeil.

Enfin *l'insomnie* fait partie des troubles pathologiques du sommeil.

Ce sommeil pathologique se trouve dans toute une série d'affections : tumeurs intracraniennes, infections, intoxications exogènes ou endogènes, traumatismes craniens etc... au cours desquels Salmon a attribué un rôle à la sécrétion hypophysaire.

« Il faut reconnaître, dit Pieron, sans aller aussi loin que A. Salmon, que la somnolence, la tendance au sommeil prolongé font partie des signes cliniques des tumeurs pituitaires et de l'hyperhypophysie. »

Peut être serait-il plus juste de dire de la « dyshypophysie ».

Voyons par l'examen des faits comment se comporte l'hypophyse quand il y a sommeil pathologique.

CHAPITRE VII

LES FAITS

On observe l'hypersomnie : (1)

1) *Dans les tumeurs de l'hypophyse*, avec ou sans acromégalie, de même que dans des cas de compression de la glande.

Harris et Graham ont cité des cas de tumeur hypophysaire avec hypersomnie qui disparut d'ailleurs après l'hypophysectomie pour réapparaître quelque temps après, avec la réapparition de la tumeur glandulaire.

Dans les abcès du cerveau et dans les tumeurs intracraniennes à localisation variable, en dehors de la base, (Janet, Stannens, Raymond, etc.). Dans ces cas il est vrai on ne signale pas de modifications de l'hypophyse, mais aucun auteur n'a systématiquement examiné l'hypophyse à ce point de vue. Seuls Mailhard et Milhit, dans un cas de sarcome du lobe temporo sphénoïdal gauche accompagné d'hypersomnie véritable, parlent de l'intégrité macroscopique de la glande ; mais ils ne disent rien de son examen histologique.

Et d'ailleurs la proportion de ces cas où a figuré une hypersomnie véritable n'est pas considérable dans les sta-

(1) Dans ce chapitre nous nous sommes conformé à l'Exposé de Salmon (*La Fonction du Sommeil*) que nous avons augmenté des renseignements que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

tistiques. Schuster sur 775 cas relevés a bien trouvé 50 à 70 pour 100 de « troubles psychiques avec phénomènes de torpeur et de somnolence plus ou moins comateuse pour des localisations quelconques, lesquels troubles n'auraient jamais manqué dans les localisations portant sur la base du cerveau ». Mais ce n'est déjà plus là du sommeil : le coma et ses formes plus ou moins atténuées ne sauraient être confondues avec l'hypersomnie.

Soca lui même se montre plus difficile. En dépouillant 900 observations de tumeurs cérébrales dont un peu plus de 700 furent retenues, il ne note que 8 à 10 pour cent de cas « présentant un véritable trouble du sommeil alors que presque toutes ont bien une période terminale de coma. Si l'on se rappelle que dans ces observations retenues figurent sous la même dénomination sommeil et somnolence désignés ainsi indifféremment par les auteurs on déduit que le sommeil vraiment susceptible de ce nom est un phénomène relativement rare dans les tumeurs cérébrales ».

2) *Dans les infections. Dans la méningite tuberculeuse*, comme l'ont rapporté Lesage et Abrami, dans 25 cas où le symptôme initial consista en attaques inexplicables de sommeil : plus tard s'installèrent un sommeil continu et des signes caractéristiques de l'affection méningée.

Dans la lèpre, citons à titre purement documentaire (car nos recherches ne nous ont pas permis de découvrir d'autopsie de lépreux dont le cerveau ait été examiné) « un symptôme qui donne à l'invasion lépreuse un cachet particulier : c'est une tendance au sommeil et à l'abattement. Le malade éprouve une lassitude très grande aux moindres mouvements qu'il fait ; il est dans un état de langueur et d'abattement très prononcé et tombe d'autant plus facilement de sommeil qu'il est plus abattu. La

somnolence est quelquefois aussi marquée que dans la maladie du sommeil ; c'est ce qui avait porté certains auteurs à considérer la maladie du sommeil comme une variété de lèpre s'arrêtant à la première période. La tendance au sommeil est légère dans la plupart des cas, mais quelquefois elle est irrésistible et le malade s'endort partout, à table, au travail, en société, etc. Lenoir a vu un cordonnier qui s'endormait en frappant les clous de ses souliers » (1).

Dans la maladie du sommeil dans laquelle on peut, d'après P. Manson, découvrir dans tous les cas au microscope une méningo-encéphalite diffuse, une infiltration mononucléaire plus ou moins marquée suivant les cas et les régions anatomiques. Pour Laveran « les ventricules latéraux sont dilatés, et cette même infiltration s'observe dans toute la région de la base ».

Dans les cas de méningo-encéphalite observés par Mauthner où la lésion intéresse le III[e] ventricule (observation XXIV).

Dans l'encéphalite léthargique, maladie classée en 1918 par Arnold Netter, qui attirait le premier l'attention sur cette affection. Il en observait sept cas en une semaine chez des sujets d'âge divers, chez lesquels le symptôme dominant — la somnolence — permettait justement à l'auteur de dénommer ainsi cette affection.

P. Sainton ne tardait pas à en donner une description détaillée et la définissait « un syndrôme toxi-infectieux épidémique, caractérisé anatomiquement par un processus d'encéphalite plus ou moins diffuse, prédominant au niveau de la subtance grise du mésocéphale, et cliniquement par la triade symptomatique suivante : 1° somno-

(1) Le Dantec, *Précis de Pathologique Exotique.*

lence ; 2° paralysie ou parésie des nerfs moteurs de l'œil ; 3° état infectieux fébrile », — triade à laquelle viennent s'ajouter des troubles accessoires donnant à la maladie des formes variables et inconstantes.

Le premier de ces trois symptômes mérite seul de retenir notre attention. « Cette somnolence survient souvent insensiblement. Les malades sentent leurs paupières s'alourdir et se fermer malgré eux ; ils sont envahis par une torpeur irrésistible. Leur aspect est alors celui d'un individu profondément endormi et nullement dans le coma ; pas un muscle ne bouge ; c'est vraiment l'impression d'un sommeil léthargique. Si on essaie de réveiller le malade, soit en lui adressant la parole, soit en le secouant légèrement, il sort de sa torpeur pour répondre par quelques monosyllabes ou des phrases incohérentes ; d'autres fois il entr'ouvre les yeux à grand'peine et paraît atteint de mutisme. Dans certains cas enfin le sommeil est si profond que l'alimentation est impossible et que l'on est obligé d'avoir recours à des lavements nutritifs.

« Parfois l'hypersomnie n'est point telle qu'elle empêche de lever les malades : debout ils se réveillent un peu, font quelques pas, d'une démarche automatique ou chancelante, prêts à tomber si on ne les soutient.

« La somnolence, continue dans la plupart des cas, est entrecoupée, dans d'autres, de cauchemars, de crises d'agitation ou de délire onirique : le malade se lève de son lit se sauve et retombe dans son sommeil.

« Dans les cas où la terminaison est fatale la somnolence s'accentue pour faire place à un coma véritable avec modifications de la respiration. Dans les cas à évolution favorable, l'hypersomnie disparaît lentement. Le malade n'est plus sujet qu'à des crises de narcolepsie : il s'endort subitement quand il s'assied ou même quand il est de-

bout. Ces attaques de sommeil persistent quelquefois très longtemps. Le malade ne se souvient pas, quand il est guéri, de la durée de cet état soporeux.

« Au point de vue histologique il est intéressant de noter que les lésions prédominent au niveau du mésocéphale dans une région dont la limite supérieure est formée par les ganglions de la base du cerveau et l'inférieure par la partie inférieure du bulbe : elles sont limitées presque exclusivement à la substance grise, voisine de l'aqueduc de Sylvius et du IIIe Ventricule ; la substance blanche est presque intacte. »

Ces localisations furent confirmées par les autopsies pratiquées depuis par différents auteurs (Pothier, Bassoe, Wegeforth et Ayer). Saint Martin et Lhermitte rapportent deux cas où le phénomène dominant est nettement la narcolepsie. Parmi les affections de l'encéphale pouvant donner lieu à la narcolepsie, les auteurs désirent attirer tout particulièrement l'attention sur les lésions néoplasiques infectieuses ou autres qui évoluent dans le mésocéphale et la région ventrale du IIIe Ventricule (région infundibulaire et hypothalamique). Les auteurs critiquent l'expression d'encéphalite proposée par Netter, terme qui leur paraît trop imprécis pour caractériser une maladie dont les lésions sont si étroitement limitées à la région ventrale de l'aqueduc de Sylvius. Ils proposent même le nom de poliomésocéphalite primitive avec narcolepsie.

Notons enfin les deux cas de B. R. Tucker dans lesquels l'auteur trouva l'hypophyse augmentée de volume en même temps que ses cellules présentaient du gonflement trouble. *C'est aux lésions de cette glande que Tucker croit devoir attribuer l'état léthargique.*

Dans toutes les lésions précédentes sauf dans les deux cas d'encéphalite léthargique de Tucker, on ne parle pas d'examen de l'hypophyse ; mais nous avons rappelé les

rapports étroits de l'infundibule avec le lobe postérieur de la glande, et que met en relief l'étude anatomique et embryologique. C'est justement par ces rapports que ce lobe est connu sous le nom d'infundibulaire : il est relié à l'infundibule par les fibres mises en évidence par Cajal. Il n'est pas illogique en conséquence que toutes les lésions infundibulaires puissent retentir sur la fonction hypophysaire. C'est ainsi que Cushing a constaté des altérations hypophysaires très nettes dans des tumeurs cérébrales, surtout dans celles qui déterminent une considérable hydrocéphalie et la compression de l'infundibule.

Marinesco, Goldstein, Stumpf ont fait des constatations identiques. Mentionnons enfin l'opinion de Tucker basée sur ses autopsies.

3) *Dans quelques intoxications aiguës*, surtout si elles causent une augmentation des phénomènes de sécrétion : par exemple dans les empoisonnements légers par la pilocarpine qui exagère toutes les sécrétions y compris celle de la pituitaire, comme l'a observé Guerrini.

« L'hypophyse, dit A. Delille, réagit aux infections et aux intoxications. Aux intoxications aiguës correspond une hyperactivité passagère qui est rapidement remplacée par un épuisement progressif ; aux intoxications chroniques répond un hyperfonctionnement bien marqué qui ne fera place que très tardivement à l'hyperfonctionnement. Ces constatations rendent très probable le rôle antitoxique de l'hypophyse ».

4) *Dans les auto-intoxications chroniques* hépatique, gastrique, intestinale, etc. Lévy a rapporté le cas d'une véritable narcolepsie hépatique, chez un homme atteint de cirrhose atrophique avec ictère léger. L'hypersomnie brightique, moins fréquente que la précédente, n'est

pourtant pas une rareté. Or notons qu'ici encore Guerrini en réalisant expérimentalement ces intoxications a obtenu une hypersécrétion de l'hypophyse et parfois une véritable hypertrophie de son parenchyme.

5) *Dans tous les états morbides* susceptibles de produire l'hypérémie de la pituitaire : congestion cérébrale, alcoolisme aigu, épilepsie où l'hypophyse a été trouvée très congestionnée, traumatismes crâniens qui ont souvent causé des lésions pituitaires avec narcolepsie (observation XXV) et même sclérose en plaques comme dans le cas de Chartier et celui de Lhermitte à propos duquel l'auteur écrit : « Dans deux cas de sclérose en plaques typiques au point de vue clinique et anatomique nous avons constaté une hypertrophie manifeste de l'hypophyse qui pesait 0 gr. 80 dans un cas et 1 gr. dans l'autre. Il s'agit d'une hyperplasie portant sur les éléments chromophiles... Il est difficile de préciser les phénomènes cliniques que cet hyper-hypophysie a pu déterminer et de quelle manière l'hyperfonctionnement de la glande pituitaire intervint dans la genèse des perturbations que l'on constate dans la sclérose en plaques.

« Cependant nous ferons remarquer qu'une de nos malades présenta de *nombreuses crises de narcolepsie* survenant à toute heure du jour, même pendant les repas. On sait que le sommeil paroxystique se manifeste avec une fréquence toute particulière dans les cas d'hyperplasie de l'hypophyse à tel point que de nombreux auteurs ont soutenu que l'hyperfonctionnement de cette glande était la condition essentielle de la production des crises de narcolepsie.

« Nous avons fait remarquer dans notre rapport sur les narcolepsies que la théorie hypophysaire du sommeil pa-

roxystique était trop exclusive et n'expliquait pas tous les faits, mais que cependant elle devait être prise en considération en raison des observations nombreuses qui plaident en sa faveur. En faisant toutes réserves sur le lien pathologique qui réunit l'hyperplasie hypophysaire aux crises de narcolepsie de la sclérose en plaques, nous croyons que nos cas sont assez suggestifs pour inciter les observateurs à préciser l'état anatomique de l'hypophyse au cours de la sclérose en plaques, surtout lorsque cette affection se complique de sommeil paroxystique ».

6) *Dans les troubles de fonctionnement des glandes à sécrétion interne.*

On sait la place considérable qu'occupe actuellement en pathologie la sécrétion des glandes endocrines et l'on conçoit que dans un organisme normalement équilibré il y ait harmonie entre toutes les sécrétions internes. Mais que l'une quelconque des endocrines vienne à être troublée dans son fonctionnement, il va se produire dans le reste du système endocrinien des perturbations dont la raison sera de lutter contre les poisons qui ne sont plus neutralisés par suite de ce déficit glandulaire. C'est ce que nous apprend l'observation des faits. De nombreux auteurs (Ascoli, Legnani, Cushing, Livon, Peyron) ont établi les relations très nettes des glandes à sécrétion interne entre elles.

« L'altération des différentes glandes de l'organisme, fait notamment remarquer Perrier, retentit sur la constitution histologique de l'hypophyse » et l'auteur croirait plutôt à un rôle antitoxique de la pituitaire qu'à une fonction de vicariance.

7) *Dans le Myxoedème.* Gley a montré les relations qui existent entre le corps thyroïde et la glande pituitaire,

en constatant l'altération de l'hypophyse dans la thyroïdectomie : ces constatations ont été confirmées par Bourneville et Briçon. « L'hypertrophie de l'hypophyse, dit Courtellemont, peut être la conséquence de l'extirpation — ou de la suppression fonctionnelle, pouvons-nous ajouter — du corps thyroïde ». Pour Schafer « il existe un rapport physiologique entre la thyroïde et l'hypophyse : les fonctions des deux glandes sont réciproquement vicariantes à certains égards. Quand l'hypophyse est enlevée et dégénérée la thyroïde gossit et se gorge de colloïde. »

Or le myxoedème s'accompagne de sommeil. « Dans le myxoedème, dit Briquet, la torpeur cérébrale domine ; l'intelligence est conservée, mais comme engourdie. En même temps les malades ont le mouvement en horreur ; ils restent le plus souvent engourdis et s'ils se meuvent, ils ne le font qu'avec hésitation et lenteur, car la torpeur physique est extrême » et cet auteur cite un cas où « la malade éprouve continuellemeent une extrême lassitude : elle passe une grande partie de son temps, quelquefois des semaines, dans son lit. Elle a toujours sommeil et dormirait toute la journée si elle n'était pas dérangée ».

Et Briquet et Mongour ont pu aller jusqu'à établir un parallèle entre le myxoedème et la maladie du sommeil.

8) *Dans l'insuffisance génitale.* La castration, ou la suppression fonctionnelle des glandes génitales a une répercussion sur l'organisme tout entier et sur le système endocrinien en particulier : la grossesse est un état qui développe le sommeil ; certains auteurs ont même voulu voir dans cette hypersomnie un signe précoce de la gestation. Or Comte et Launois ont observé, dans la gestation, l'hyperactivité fonctionnelle de l'hypophyse et Fichera l'a retrouvée dans la castration.

« Il y a corrélation, dit Schafer, entre le corps pituitaire et les organes sexuels, car l'insuffisance hypophysaire conditionne l'infantilisme sexuel. »

9) *Dans l'obésité.* Suivant la judicieuse conception de Lhermitte « le tissu adipeux ne serait qu'une vaste glande étalée ». Et la pathogénie des troubles de cette glande est souvent liée à des troubles fonctionnels de l'hypophyse : il nous suffira de rappeler le syndrôme auquel Froelich a donné son nom. Fuchs a obtenu des constatations analogues de dépendance entre ces deux faits. Or obésité et somnolence coexistent avec une fréquence frappante.

10) *Dans les affections nasales et du rhino-pharynx.* « Un mode d'infection possible et peut-être pas très rare de l'hypophyse est la voie des sinus sphénoïdaux » dit Léri et Lamacq rapporte un cas de Liebnitz où « le malade présentait depuis douze ans un écoulement nasal, une somnolence continue, de la céphalée et des idées de suicide : il s'endormait même pendant la visite du médecin et cette hypersomnie était rebelle à tous les traitements. La cause de ces troubles consistait dans un empyème envahissant les sinus du nez. La somnolence disparut après leur lavage ». Trois cas analogues sont cités par le même auteur. Il y a lieu de tenir compte dans ces cas de la contiguité de ces sinus avec la région hypophysaire.

Carrère a cité un cas de céphalée, obésité, crises de sommeil secondaires à des altérations nasales et tonsillaires.

11) *Dans les végétations adénoïdes.* Il y a sans doute chez les malades porteurs de cette affection des troubles de la respiration qui peuvent influencer l'hématose, et en augmentant la quantité du gaz carbonique dans le sang faciliter l'apparition du sommeil. Dubois a en effet prou-

vé par ses expériences sur le chien que le gaz carbonique en certaine proportion dans le sang facilitait l'endormissement. Bien avant lui d'ailleurs, Stassano avait fait la même constatation sur des serins qu'il endormait plus ou moins vite selon qu'il augmentait ou diminuait la quantité du gaz carbonique contenue dans l'air qu'ils respiraient.

Mais il y a aussi un autre élément dont il faut tenir compte chez les adénoïdiens, pour éclairer le retentissement pathologique des végétations et qui réside « dans les relations anatomiques et physio-pathologiques des voies nasales avec l'hypophyse, expliquant enfin un grand nombre de narcolepsies d'origine nasale jusqu'à présent inexplicables » (de Cyon).

Citelli admet les rapports entre le système hypophysaire et la voûte du pharynx ; « les lésions hypophysaires, dit-il, pourraient être provoquées par l'existence préalable de végétations adénoïdes », chez les adénoïdiens il y a d'après Dana amélioration de leur état par l'extrait hypophysaire, et pour Citelli, plus facilement encore par cette thérapeutique que par le traitement chirurgical.

Dana a eu trois malades qui souffraient de somnolence persistante et qui avaient une affection chronique du cavum.

Salmon cite le cas d'un « jeune homme de 19 ans qui se plaignait d'une somnolence continue : il dormait très souvent, même pendant la journée, d'un sommeil tellement profond, qu'il était fort difficile de le réveiller. Il s'endormait debout, et plusieurs fois, même au milieu de la rue, près de la charrette qu'il aurait dû surveiller, ou dans la cuisine, la tête appuyée sur un bassin. Des végétations adénoïdes furent constatées et leur extirpation fit diminuer considérablement la somnolence. On remarqua

après quelques années une forte hypertrophie des amygdales et l'hypersomnie apparut de nouveau : l'opération, cette fois encore, a été suivie de l'amélioration de la somnolence. Mais ce sujet présentait alors en outre un syndrôme qui rappelait le tableau clinique de l'acromégalie ».

Poppi, de Bologne, considère ces végétations comme des hypophyses aberrantes et les croit douées elles-mêmes d'une sécrétion interne analogue à celle de la pituitaire.

Cette hypothèse semble trouver confirmation dans l'exposé suivant de Courtellemont.

« On sait, dit cet auteur, qu'il existe des hypophyses aberrantes, normales ou anormales. L'hypophyse pharyngée étudiée par Civalleri et Haberfeld est constante chez l'homme et paraît avoir la même structure et partant les mêmes fonctions que l'hypophyse cérébrale ; d'autre part Ettore Levi, dans une série de travaux, a montré qu'on trouve, chez les acromégaliques, une persistance du canal osseux cranio pharyngien, persistance bien exceptionnelle en dehors de l'acromégalie. Il y a chez ces sujets des nids de tissu hypophysaire indépendants de l'hypophyse cérébrale. On ne saurait donc affirmer qu'un acromégalique n'a pas de tumeur de l'hypophyse si l'on n'a pas recherché ces nids de substance hypophysaire, exploré l'intérieur du sphénoïde et examiné l'hypophyse pharyngée.

« Et ceci n'est pas une simple vue de l'esprit, il suffit de rappeler le cas si curieux d'Erdheim : un acromégalique succombe ; à son autopsie l'hypophyse n'est pas augmentée de volume et l'on aurait pu croire à une acromégalie sans tumeur pituitaire, mais on découvre une tumeur intra-sphénoïdale, avec cellules chromatophiles,

et qui présentait une structure d'adéno-carcinome hypophysaire.

« Voilà donc un cas incontestable de tumeur développée dans une hypophyse accessoire. »

Rapprochons de ces faits l'observation XII dans laquelle on note des végétations adénoïdes très développées et où la mort est survenue à la suite d'hémorragies pharyngiennes considérables.

Enfin signalons en terminant cet exposé rapide l'étude faite par Dana sur « La somnolence morbide et sa relation avec les glandes à sécrétion interne ». L'auteur, se basant sur des observations qui l'amènent à établir une relation entre le dyspituitarisme ou la tumeur hypophysaire et la somnolence morbide, expose les déductions suivantes :

« L'assoupissement et la somnolence morbides se produisent dans des cas de tumeurs de la région de l'hypophyse englobant ou non cette glande, et même en dehors de ces cas de tumeurs par simple déficience des lobes hypophysaires.

« Dans certains cas il y a assoupissement et somnolence sans aucun signe évident d'affection organique du cerveau mais on note alors quelques-uns des petits signes du dyspituitarisme (modification de la selle turcique, adiposité, hyper ou hypotrichose, atrophie génitale, impuissance, aménorrhée, tolérance excessive aux hydrates de carbone, modifications endocriniennes du sang caractérisées par l'hyperleucocytose avec diminution des polynucléaires et accroissement du nombre des lymphocytes, et absence ou présence d'éosinophilie. En outre hypotension, pouls lent, sécheresse ou moiteur de la peau).

« On peut dire que la pituitaire est la glande dont les troubles sont le plus souvent liés à la dyssomnie.

« Le sommeil est un phénomène qui nécessite une explication ; il n'est imposé à l'organisme par aucune sécrétion hypnotique spéciale. Dans le sommeil, il y a un « bloquage » (1) nerveux qui est causé ordinairement et pour une part par les produits de la fatigue agissant sur les terminaisons des neurones. L'activité de ces produits a peut-être pour antagoniste la sécrétion pituitaire (Gemelli).

« Si la sécrétion de la pituitaire est modifiée par un état pathologique, l'action du « bloquage » des produits de fatigue est plus intense et le sommeil apparaît.

« Avec ou sans cette hypothèse, nous sommes amenés à porter davantage notre attention sur les glandes endocrines dans leurs rapports avec le sommeil morbide. »

---

(1) Terme employé par l'auteur.

Deuxième Partie

Nous venons de voir les faits. Examinons les observations qui se rapportent à la question exposée. Quelques-unes sont citées en confirmation des faits que nous avons développés. D'autres semblent contredire les premières, mais soucieux de ne pas les laisser dans l'ombre nous les avons fait figurer, nous réservant de les discuter ensuite et de chercher comment, à la lumière des résultats acquis, on pourrait les comprendre sans être amené fatalement à rejeter la théorie hypophysaire.

Nous ne nous bornons pas aux troubles par excès du sommeil, car les cas d'insomnie dans les lésions hypophysaires sont aussi signalés.

Nous avons classé nos **observations** de la façon suivante:

I à XVIII : Tumeur de l'hypophyse avec hypersomnie.

XIX à XXIII *bis* : Tumeur para-hypophysaire avec hypersomnie.

XXIV à XXVI : Atteinte de l'hypophyse avec hypersomnie.

XXVII à XXVIII : Tumeur de l'hypophyse avec insomnie.

XXIX à XXX : Tumeur ou compression de l'hypophyse intacte sans dyssomnie.

XXXI à XXXII : Tumeur de l'hypophyse détruite sans dyssomnie.

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Tumeur de l'hypophyse avec hypersomnie

OBSERVATION I

(Williams, *Revue Neurologique* 1912, II, p. 196).

Femme de 25 ans qui présente de l'adipose, de la douleur de la face, un rétrécissement du champ visuel, de la narcolepsie.

La radiographie montre une augmentation de capacité de la selle turcique.

L'auteur donne deux observations similaires dans lesquelles l'état fut amélioré par la radiothérapie.

OBSERVATION II

(Purves Stewart, *Diagnostic des Maladies Nerveuses*, 1909).

Jeune femme de 26 ans, qui présente comme symptôme principal des attaques de narcolepsie. Aucun phénomène paralytique. Pas de névrite optique. Elle finit par verser dans un état de stupeur, et mourut.

Autopsie. — Grosse tumeur kystique du corps pituitaire et du plancher du III[e] Ventricule.

OBSERVATION III

(*Ibidem*)

Jeune homme de 34 ans, souffrant de céphalée paroxystique, d'impuissance absolue et de somnolence intense. Amaurose de l'œil droit avec pâleur de la pupille ; œil gauche hémiopique, tous signes d'une lésion du chiasma optique. La somnolence était si grande, qu'il s'endormait aussitôt assis et il était difficile de l'éveiller suffisamment pour l'examiner. Ces phénomènes étaient fonction d'une tumeur du corps pituitaire.

OBSERVATION IV

(*Du même auteur in Salmon, La fonction du Sommeil*).

Dans ce cas de tumeur hypophysaire, le malade présentait aussi une somnolence continue et ne faisait que dormir ; il s'améliora par l'extirpation de la tumeur.

OBSERVATION V

(*Petrina in Thèse Voulfovitch*, 1905)

Femme de 60 ans ; convulsions et contractures à gauche, ptosis à droite, déviation conjuguée vers la droite, myosis, amblyopie.

Tendance au sommeil.

Autopsie. — Sarcome de l'hypophyse.

OBSERVATION VI

(*Haberschou in Thèse Voulfovitch*, 1905).

Femme de 25 ans. — Céphalées, crises épileptiformes, contracture douloureuse de la face à droite, hémiparésie gauche, amaurose et ophtalmoplégie totale.

Tendance au sommeil.

Autopsie. — Carcinome de la pituitaire ayant envahi le plancher du III[e] Ventricule.

OBSERVATION VII

(*Cestan Halberstadt in Arch. Génér. de Méd.*, 1903, *II. p.* 3126).

Homme de 63 ans, ayant présenté des troubles démentiels et délirants et une somnolence continue.

Autopsie. — Adénome de l'hypophyse.

Sans acromégalie, mais avec adipose. Il est probable que la dystrophie est en rapport avec l'âge auquel se développe la tumeur hypophysaire.

OBSERVATION VIII

(Brooks, *Arch. de Neurol.* 1901, page 243).

Il s'agit d'un malade qui dormait tellement que son entourage en arriva à supposer qu'il avait pris des narcotiques.

Autopsie. — Au-dessus de la fosse pituitaire, inclinant vers la gauche, on trouve une masse rouge, ovoïde, mesurant 1 cm. 5 d'arrière en avant et 7 mm. de haut en bas ; elle parait attachée par en bas au corps pituitaire ; elle a la consistance molle de la gelée et est très vasculaire ; le corps pituitaire est égal à 5 fois son volume normal ; la fosse pi-

tuitaire est agrandie et sa paroi osseuse est anormalement mince. Pas d'adhérence ni de la pituitaire, ni de la tumeur avec les tissus voisins. L'examen microscopique de la glande montre qu'il s'agit d'une simple hyperplasie de la portion lymphadénoïde de cet organe. La petite tumeur a la même structure que la portion hypertrophiée de la glande pituitaire dont elle forme probablement une partie.

OBSERVATION IX

(Sandri, *Rev. Neurol.* 1910).

Femme de 48 ans, chez qui la céphalée, le vertige, l'affaiblissement physique apparurent il y a 8 ans ; 15 mois avant la mort apparut un état d'affaiblissment intellectuel et d'apathie auquel fait suite la somnolence et enfin un véritable sommeil pathologique.

Pendant 5 mois, la malade dormit d'un sommeil à peine interrompu par des réveils artificiellement provoqués ou occasionnés par les besoins de la vie végétative. Pas de signe d'acromégalie.

Autopsie. — Adénome de l'hypophyse reproduisant la structure du lobe épithélial hypophysaire avec persistance des cellules éosinophiles.

OBSERVATION X

(Parhon-Goldstein, *Rev. Neurol.* 1909, II., p. 1290)

Jeune fille de 18 ans, qui présenta d'abord une tendance invincible au sommeil ; perte de la mémoire surtout pour les faits récents. Puis vertiges et céphalées. Instabilité de la station debout. Face quelque peu bouffie, genre hypothyroïdien, rien d'acromégalique.

Divers autres symptômes de ralentissement nutritif général. Vomissements. Sensibilité générale et spéciale semblent normales. Exagération des réflexes tendineux.

Torpeur intellectuelle ; la tendance au sommeil s'accentue de plus en plus. Mort.

Autopsie. — Tumeur kystique qui a envahi l'hypophyse. Le tissu normal de celle-ci a disparu en grande partie. Le fait clinique essentiel est l'absence d'acromégalie.

OBSERVATION XI

(*Mensinger, in Soca, N*[lle] *Iconographie de la Salpêtrière* 1900)

Femme âgée de 50 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels importants. Vue il y a 4 ans, la malade paraissait souffrir depuis 6 ou 7 ans. Pendant ces 4 dernières années, survient une sorte de somnolence qui arrive à un degré tel que la malade s'endort tout à coup, en parlant et en mangeant.

Pendant la dernière semaine, elle dort nuit et jour, même en mangeant des aliments, qu'elle prend avec appétit, si bien qu'on est obligé de la réveiller. Coma. Mort.

Autopsie. — Tumeur de l'hypophyse de la grosseur d'un œuf de poule, qui repousse le chiasma en avant et en haut, et comprime en arrière les pédoncules cérébraux de même que les tubercules quadrijumeaux. L'aqueduc de Sylvius est comprimé par la tumeur.

OBSERVATION XII

(*Résumée, due à l'obligeance de M. le Prof. Cange*)

Indigène de 25 ans, présentant des signes caractéristiques d'acromégalie et des troubles de la vision. On note, en outre, de la somnolence, un désir invincible de repos. Les entretiens du malade sont coupés par des accès continuels de baillement. En outre, la plupart du temps il reste couché en proie à une somnolence irrésistible avec ronflement ; suivant

son expression « il aime bien son lit ». Notons encore que le cavum naso-pharyngien est occupé par des végétations adénoïdes.

L'examen radiographique n'a pu être pratiqué.

Des renseignements beaucoup plus récents ont appris la mort de ce malade à la suite d'hémorragies pharyngiennes considérables qui permettent de croire que la tumeur hypophysaire avait atteint la voûte pharyngienne.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le Prof. Ardin-Delteil).

Jeune fille de 19 ans. Entre à l'hôpital, le 19 novembre 1919.

Malade depuis 17 mois. A présenté vers 13 ou 14 ans, une poussée de croissance au cours de laquelle « elle grandissait à vue d'œil ». Les règles ont disparu peu après la puberté à 14 ans. Pas d'antécédents.

Il y a 17 mois la malade a présenté des douleurs lombaires avec de l'albuminurie qui se manifestait par de l'œdème des mains, des pieds et des paupières. En même temps apparaissait un début de déformation de la colonne vertébrale et alors que l'albuminurie disparaissait, il se produisait une augmentation de volume des doigts, des mains, des pieds et de la face, tandis que la cypbose allait en s'accentuant.

Dès ce moment apparaissent des troubles légers du sommeil, consistant en somnolence inhabituelle.

Il y a 6 mois, la malade s'aperçoit qu'elle ne voit plus, de l'œil gauche, que la moitié des gens. Deux mois après, même phénomène pour l'œil droit. Puis à l'hémianopsie gauche succède l'amaurose complète de cet œil. A droite de même, la cécité s'installe, mais ne persiste pas, et la vision arrive à s'améliorer de ce côté. En même temps que débutent ces troubles oculaires apparaissent des céphalées violentes, à crises paroxystiques en dehors desquelles la douleur persiste.

Examen du 20 novembre. — La malade se présente avec un aspect tout à fait caractéristique d'acromégalique. La face est allongée et présente du prognathisme ; le nez est élargi en pied de marmite ; les mains sont larges, épaisses ; les doigts sont gros, cylindriques, les ongles aplatis.

Il y a 17 mois, la malade a remarqué « que son dé à coudre devenait trop petit ». Les pieds sont massifs : on constate un élargissement très net du tarse, du métatarse, des orteils épaissis et taillés carrément.

Le tronc est déformé : la cyphose est accentuée à tel point que la colonne vertébrale paraît presque coudée à angle droit dans la région dorsale. Les clavicules sont très saillantes.

La malade dort souvent dans la journée, alors qu'autrefois, avant le début de sa maladie, elle ne dormait jamais le jour. Du reste, pendant tout l'examen elle s'étire, baille à plusieurs reprises.

29 *novembre.* — Somnolence plus marquée. Céphalée.

2 *décembre.* — Somnolence de plus en plus marquée.

16 *décembre.* — La somnolence est telle qu'il faut secouer la malade très énergiquement pour la réveiller. A partir de ce moment le sommeil l'emporte sur la volonté. Les bruits de conversation autour du lit laissent la malade endormie. Elle arrive à rester au lit continuellement. On la réveille difficilement pour lui faire prendre sa nourriture, et quand on y parvient elle manifeste beaucoup plus l'envie de dormir que de manger. Cet état d'hypersomnie persiste et va en s'accentuant jusqu'au milieu du mois de janvier, époque à laquelle la malade meurt.

Une radiographie de la selle turcique l'a montrée considérablement augmentée de volume, ainsi que l'hypophyse.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XIV

(*Rayer, Arch. Génér. de Médec.*, 1823, p. 350)

Homme de 38 ans, qui se plaignait de troubles de la vue depuis quelque temps : en même temps il éprouvait un besoin de dormir tel que si dans la journée il s'asseyait quelques minutes pour se reposer, le sommeil le gagnait sans qu'il fût en son pouvoir d'y résister : il restait même assoupi jusqu'à ce qu'on vînt le réveiller. Rien à noter dans son état général.

Deux jours après, il se plaint d'être faible et garde le lit, ce qu'il n'avait jamais fait jusque là. Le malade est constamment assoupi et ronfle fortement, et cet état persiste en s'accentuant. On ne parvient alors qu'avec peine à le réveiller ; mais sorti de son assoupissement il parle sensément et répond aux diverses questions qu'on lui pose.

L'état s'aggrave et le malade meurt dans la même semaine.

Autopsie. — En soulevant les lobes antérieurs du cerveau on reconnait qu'une tumeur occupe la glande pituitaire et comprime les nerfs optiques : elle a un volume considérable et refoule les lobes antérieurs.

OBSERVATION XV

(*Ibidem*)

Homme âgé de 47 ans, devenu paresseux et d'une insouciance extrême depuis quelque temps. Vu pour la première fois, en septembre 1814. Il avait une répugnance insurmontable pour toute espèce d'acte qui devait l'entraîner hors de sa chambre et même hors de son lit. A la visite du matin, l'engageait-on à se lever, pour qu'on pût faire son appartement, il promettait de s'habiller sur-le-champ et malgré les visites répétées de l'infirmière, à 5 heures du soir il était encore couché. A force d'insistances, sortait-il de sa chambre

dans la journée, c'était pour aller s'asseoir immobile dans un fauteuil, ou pour aller dormir dans une chambre voisine.

Ses attitudes étaient celles d'un homme abattu, affaissé, et à demi endormi. Sa répugnance pour l'action se montrait partout et dans tout, lorsqu'il s'était levé dans la journée ; le soir il renvoyait l'infirmière, se mettait au lit avec une grande partie de ses vêtements, afin, disait-il, de ne pas avoir la peine de les rajuster le lendemain matin.

Il devint presque complètement aveugle. Habituellement affaissé et assoupi, il perdait progressivement ses forces. Il tomba dans le coma et mourut en décembre 1815.

Autopsie. — La glande pituitaire, beaucoup plus volumineuse que dans l'état normal, avait un pouce et demi de diamètre. Le tissu de cette glande était plus dense, plus résistant que dans l'état normal et pour ainsi dire amalgamé avec une autre matière molle, pulpeuse, d'un blanc rosé, parsemé de petits points rougeâtres sans odeur et insolubles dans l'eau.

Vaisseaux très injectés dans le voisinage de la tumeur. Une once de sérosité dans les ventricules latéraux. Les autres parties de l'encéphale paraissaient saines. Nerfs optiques comprimés à leur entrecroisement, aplatis, jaunâtres, peu résistants, atrophiés.

La tumeur formée aux dépens de la glande pituitaire a, dans cette observation, déterminé d'abord des phénomènes cérébraux.

OBSERVATION XVI

(*Soca, N^lle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, n° 2, *mars-avril*).

Jeune fille de 18 ans, qui voulut prendre un bain froid 20 jours avant son entrée à l'Hôpital. A peine mouillée elle tomba à terre sans connaissance. Son état dura on ne sait combien exactement : la maladie débute à ce moment précis. La malade recouvra bien ses sens après l'attaque, mais la

vue était faible, la démarche incertaine, et une céphalalgie intense se montra tout de suite. Des troubles oculaires se précisent : elle entre à l'Hôpital.

Le lendemain de son entrée elle dort d'un sommeil tranquille, sans trouble de la respiration ni du pouls. On l'appelle énergiquement : elle s'agite, remue dans son lit, ouvre les yeux qu'elle frotte avec ses mains, baille à plusieurs reprises, détend ses membres, reproduit enfin tous les actes du réveil chez une personne normale.

Elle parle, mais lentement. Aussitôt qu'on l'abandonne, elle retombe dans son sommeil en reproduisant toutes les petites actions par lesquelles une personne normale passe de l'état de veille à l'état de sommeil.

Elle dort jusqu'au lendemain, se réveillant toutefois pour manger et se rendormir aussitôt. Et pendant sept mois, elle se comporte ainsi, dormant de son sommeil paisible, d'aspect parfaitement naturel, se réveillant toujours facilement aux provocations ordinaires. Pourtant ce sommeil n'était pas continu. Outre les réveils provoqués pour les repas ou les soins de propreté, elle avait des réveils spontanés, paraissant produits par la faim, au cours desquels elle demandait à manger : puis elle se rendormait aussitôt.

A noter cependant que le sommeil ne gardait pas toujours le même caractère de profondeur absolue et paraissait par instant devenir plus léger.

Cet état a persisté semblable à lui-même pendant toute la durée de l'évolution de la maladie (sept mois).

Une broncho-pneumonie bacillaire enlève la malade.

Autopsie. — Examen extérieur du cerveau normal. Mais on ne peut le détacher, il tient par la base. Une masse néoplasique soude la partie centrale de la base du cerveau à la dure-mère. La tumeur recouvre la selle turcique et la déborde manifestement en avant, des deux côtés, et en arrière. La tumeur est ainsi placée sur les trajets des premières paires craniennes ; elle repose, une fois le cerveau enlevé et placé sur la table, sur la région de la base du III[e] Ventricule, depuis l'espace perforé postérieur jusqu'aux bandelettes olfactives, et, des deux côtés, est recouverte par la partie antérieure de la circonvolution de l'hippocampe, et recouvre l'espace perforé antérieur.

Quand on a enlevé la tumeur, on voit qu'il n'y a plus ni tubercules mamillaires, ni tuber cinereum, ni hypophyse, ni chiasma. Tout cela a été enlevé avec la tumeur.

Profondément, on voit que la tumeur pénétrait dans le IIIe Ventricule et arrivait même jusqu'au trigone.

Par la partie postérieure elle écartait vigoureusement les pédoncules cérébraux marquant son empreinte surtout sur le pédoncule gauche et comprimant ainsi manifestement d'avant en arrière ces pédoncules. Cette tumeur avait la forme et la dimension d'une mandarine. Elle était molle, tremblotante, diffluente, semi-liquide.

Anatomie pathologique. — Cerveau sain partout : aucun vestige de la pituitaire, du tuber cinereum, des tubercules mamillaires. Les tubercules quadrijumeaux sont petits, atrophiés. La tumeur appartiendrait à la classe des sarcomes. Elle se serait développée primitivement aux dépens de l'hypophyse.

OBSERVATION XVII (1)

(*relatées in Salmon. La Fonction du Sommeil*, 1910).

Dans tous ces cas il s'agit d'atteinte hypophysaire *sans acromégalie*.

Leclerc. — Epithélioma hypophysaire. Parmi les symptômes initiaux, sommeil insolite de douze heures, ayant tous les caractères du sommeil physiologique.

Waddel. — Hypophyse hypertrophiée et très vascularisée. L'hypersomnie ici n'est pas tant remarquable par l'état continu de profonde somnolence que par des paroxysmes de sommeil se prolongeant pendant 36 heures environ.

---

(1) Nous mentionnons dans cette nomenclature les Observations qu'il nous a été impossible de nous procurer à leur source, d'après les références données. Beaucoup sont d'origine étrangère et les Revues qui les ont publiées ne figurent pas dans notre Bibliothèque Universitaire.

Formaneck. — Carcinome de l'hypophyse, cas dans lequel le malade souffrait d'un besoin irrésistible de dormir « comme s'il était atteint de la maladie du sommeil ».

Loweland-Marlow. — Le malade dormait continuellement dans ce cas ; il s'endormait même pendant l'interrogatoire et présentait l'obésité, l'hémianopsie puis la cécité sans la stase du fond oculaire, la céphalée, c'est-à-dire les symptômes qui révélaient clairement la tumeur de la pituitaire.

Baduel. — Dans ce cas décrit récemment d'inflammation hypophysaire avec sclérose initiale de l'hypophyse, on note depuis 4 ans une véritable hypersomnie ayant tous les caractères du sommeil physiologique. L'auteur ne doute pas que cette hypersomnie ne soit en rapport avec la lésion hypophysaire.

En outre, *sept* autres auteurs, dont Salmon ne cite que les noms, ont observé de l'hypersomnie dans des atteintes de l'hypophyse sans acromégalie.

OBSERVATION (1) *XVIII*

(*Ibidem*)

Dans tous ces cas il s'agit d'atteinte de l'hypophyse *avec* acromégalie.

—

Packard. — Sarcome du corps pituitaire : le malade eut trois attaques de sommeil prolongé, dont la première dura trois semaines.

Brigidi. — Hypertrophie de l'hypophyse. Le patient tombait, après les repas, dans un sommeil si profond que ses amis crurent plusieurs fois qu'il avait pris des narcotiques.

Whyte. — Le malade présentait, outre son acromégalie,

---

(1) Même note que pour l'Observation XVII.

des symptômes de lésion encéphalique et malgré son excitation nerveuse, avait le sommeil très facile :
« He can go to sleep at any time day or night ».

Denti. — Symptômes les plus évidents de tumeur hypophysaire et tendance au sommeil extraordinaire : le patient s'endormait chaque fois qu'il s'asseyait, même en présence de beaucoup de monde.

Porter. — Il s'agit dans ce cas, non plus d'acromégalie, mais de gigantisme dans lequel on a noté une attaque de sommeil de soixante-deux heures.

En outre *quarante-sept* autres auteurs, dont Salmon ne cite que les noms, ont observé de l'hypersomnie — et l'un d'eux deux fois — dans des atteintes de l'hypophyse avec acromégalie.

Tumeur para-hypophysaire avec hypersomnie

OBSERVATION XIX

(Holte in Thèse Voulfovitch, 1905)

—

Homme de 26 ans ; attaques épileptiformes ; amblyopie ; ralentissement du pouls, incontinence d'urine.
Tendance à dormir et torpeur.
Autopsie. — Tumeur de la partie antérieure de la base et du III[e] Ventricule.

OBSERVATION (1) *XX*

(Burr Riesmann in Salmon, La fonction du Sommeil, 1910).

—

Il s'agit dans ce cas de véritables crises de sommeil produites par un sarcome de la région hypophysaire comprimant l'hypophyse.

---

(1) Cette Observation est résumée par Salmon lui-même.

OBSERVATION XXI

(*Righetti in Raymond, Arch. Gén. de Méd.*, 1905).

Gliome du chiasma et de la base développée chez une fillette de 12 ans : l'enfant est dans un état de sommeil continuel. Son état est celui d'une personne endormie. Si on l'appelle, elle s'étire, gémit, comme quelqu'un qui se réveille ; ses réponses sont lentes, monosyllabiques.

OBSERVATION (1) XXII

(*Mallins in Salmon, La fonction du Sommeil*, 1910).

Cet auteur a cité un sarcome du IIIe Ventricule qui provoquait une somnolence continue, accompagnée des signes les plus caractéristiques de la tumeur hypophysaire.

OBSERVATION XXIII

(*Franceschi in Raymond, Arch. Gén. de Méd.*, 1905).

Jeune fille de 26 ans, prise 5 à 6 mois avant la mort de somnolence continuelle, progressive, aboutissant bientôt à un sommeil continu, qui n'est pas le coma, car on peut la réveiller et lui causer, et il n'y a pas de troubles du pouls ni de la respiration.

Environ trois mois après le début du sommeil, apparurent d'autres symptômes : affaiblissement intellectuel, céphalée, vertiges et quelques vomissements ; enfin atrophie des nerfs optiques.

Autopsie. — Sarcome enserré dans l'hexagone de Willis,

(1) Cette Observation est résumée par Salmon lui-même.

comprimant le tronc basilaire, rétrécissant notablement les carotides internes et les communicantes postérieures.

« L'auteur ne se prononce pas nettement sur la pathogénie de cette somnolence ; dans ce cas, dit-il, on peut émettre deux hypothèses : ou bien attribuer le sommeil aux troubles circulatoires qui étaient notables ; mais il convient également de remarquer que la tumeur intéressait le plancher du IIIe ventricule : or, en ce point et le long de l'aqueduc de Sylvius, les expériences de Dubois sur le chien et la marmotte ainsi que les lésions de la polioencéphalite supérieure (Gayet), semblent démontrer l'existence d'un centre du sommeil » (Raymond).

OBSERVATION XXIII bis

(*Résumée de Claude et Lhermitte, Presse Médicale*, 1917 *p.* 417).

Homme de 25 ans, paludéen ; syphilitique depuis 5 ans.

Entre à l'Hôpital, le 18 septembre 1916, avec asthénie, polydypsie, polyurie. Aucun trouble nerveux, en dehors des troubles oculaires : amblyopie, hémianopsie bilatérale.

On fait le diagnostic de méningite syphilitique intéressant le chiasma et la région du tuber cinereum.

Huit jours après, troubles de la parole. On suspend le traitement, tout s'amende.

Le 29 octobre, le sujet tombe dans un sommeil profond d'où il est impossible de le tirer. Cette crise de narcolepsie qui dure 5 heures environ laisse, au réveil, le sujet amnésique et étonné. Il ne se souvient plus comment il est entré à l'Hôpital. Examen du système nerveux négatif. Bacillose du sommet droit en évolution.

Janvier 1917. — A plusieurs reprises, attaques de narcolepsie, analogues à la première.

Février 1917. — Mort par phtysie.

Autopsie. — Tuméfaction rétro-chiasmatique fluctuante.

Hypophyse normale comme la selle turcique ; elle ne paraissait pas comprimée et la section de la tige pituitaire ne fit pas s'écouler le liquide contenu dans la tumeur. Celle-ci occupait la région interpédonculaire, refoulant latéralement les deux pédoncules cérébraux, en arrière les corps mamillaires, en avant le chiasma et les bandelettes optiques dont la partie interne apparaissait manifestement aplatie.

Sur une coupe frontale des hémisphères, les rapports de la tumeur avec les parois ventriculaires apparaissent nettement. Cette tumeur est formée d'une membrane isolable, distincte de la paroi épendymaire, formant une cavité close, indépendante du ventricule qu'elle remplit : tumeur épithéliale développée aux dépens du revêtement du III[e] Ventricule.

Cette tumeur distend le ventricule, écarte l'une de l'autre les couches optiques, mais amincit surtout le segment inférieur du ventricule, l'infundibulum et la lame terminale, laissant complètement intacte l'hypophyse dont la tente n'apparait même pas déprimée.

Les ventricules latéraux sont légèrement distendus.

« Ainsi une tumeur kystique exactement limitée à la partie inférieure du III[e] ventricule et à l'infundibule a provoqué chez ce malade... des troubles de la fonction du sommeil.

« Certains auteurs (Salmon notamment, qui a édifié une théorie hypophysaire du sommeil) ont tenté d'établir que la narcolepsie des néoplasmes basilaires était liée à l'altération de la glande pituitaire. On voit la fragilité de cette théorie contre laquelle vient s'inscrire cette observation dans laquelle l'hypophyse est intacte.

« S'il existe donc un rapport de causalité entre le développement d'une tumeur basilaire et l'apparition de crises narcoleptiques, il est à chercher dans les modifications du cerveau moyen et non dans la perturbation de la sécrétion hypophysaire. »

Atteinte de l'hypophyse avec hypersomnie

OBSERVATION XXIV

(*Mauthner in Semaine Médicale*, 1890, p. 203).

Résumée

—

Femme de 30 ans, réveillée une nuit par un rêve très inquiétant et prise d'une excitation extraordinaire. Bientôt apparurent de la diplopie, des vertiges et une envie irrésistible de dormir.

Il ne s'agit pas de coma, mais bien de sommeil.

Autopsie. — Lésion localisée dans la partie supérieure de la substance grise. On ne trouve qu'une coloration rosée de la substance grise du III[e] Ventricule. Un examen minutieux révèle des altérations histologiques et de véritables hémorragies dans cette région.

OBSERVATION XXV

(*Souques in Presse Médicale, août* 1918, p. 419).

—

Soldat jusque-là bien portant qui, trois ou quatre jours après une forte commotion cérébrale fut pris d'accès de narcolepsie qui persistent depuis deux ans et demi et se répètent tous les jours, une ou plusieurs fois.

On constate en outre chez lui, l'existence de diplopie croisée, polyurie simple, signe d'Argyll-Robertson unilatéral, tous phénomènes montrant que la lésion traumatique a dû intéresser la base du cerveau et spécialement la région pédiculo-hypophysaire.

C'est en effet dans les lésions spontanées et expérimentales de cette région que l'on rencontre la narcolepsie et le complexus symptomatique qui l'accompagne chez ce blessé.

Dans le cas présent, la narcolepsie parait liée à une lésion de cette région.

OBSERVATION XXVI

(*Gayet, Archives de Physiologie,* 1875, t. II, p. 341).

En novembre 1874, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon un homme qui, ayant éprouvé une forte commotion, deux mois avant, était tombé dans un état d'abattement, de faiblesse, d'apathie lui rendant tout effort pénible. De plus, trois jours après l'accident, il ne pouvait plus ni lire, ni écrire. Après quelque temps survient une somnolence invincible si bien que le malade dort presque continuellement, et c'est ce phénomène qui frappe tout le monde, dès le début. Souvent, pendant qu'on l'interroge, le malade s'endort et ce n'est qu'en le secouant vigoureusement qu'on parvient à le rappeler à la réalité. Plusieurs fois il s'est endormi en mangeant. Pendant les premiers temps de son séjour, on le faisait lever et s'asseoir, mais il s'endormait dans son fauteuil et serait tombé si on ne l'avait pas retenu.

Du 23 novembre au 18 décembre, somnolence continue. A ce moment... surviennent des modifications dans l'état général, mais la somnolence est toujours pareille jusqu'au 17 février, date à laquelle le malade meurt.

Autopsie. — On note « une altération inflammatoire caractérisée par une rougeur assez intense, une apparence de sclérose des tissus jointe à un certain degré de ramollissement, le tout évidemment hypérémié » qui, sur une coupe passant par les Testes et les Nates, occupe la partie inférieure des pédoncules cérébraux, des pédoncules cérébelleux supérieurs, ainsi que l'aqueduc de Sylvius et de son pourtour.

Sur une coupe partageant le cerveau et le cervelet en deux moitiés latérales pour observer le III[e] Ventricule, on note que « l'altération signalée, qui englobe le chiasma et le corps pituitaire occupe le plancher et les parois latérales du III[e] et du IV[e] Ventricules ».

A noter l'énorme développement de la commissure grise et la grande dimension de l'aqueduc de Sylvius.

Les couches optiques sont atteintes toutes les deux dans toute leur étendue et d'une manière diffuse.

Le symptôme qui sans contredit domine toute la scène c'est la somnolence presque continuelle dans laquelle le malade reste plongé. Il a existé du commencement à la fin, a toujours été s'aggravant, mais sans jamais perdre son caractère pour revêtir celui du coma.

L'auteur avoue être frappé de cette localisation d'une lésion cérébrale, entraînant l'assoupissement, dans un point où quelques auteurs, à propos de l'hypnotisme, avaient placé la région du sommeil.

Tumeur de l'hypophyse avec insomnie

OBSERVATION (1) *XXVII*

(Tumeurs de l'hypophyse : insomnie avec acromégalie)

Blair. — Acromégalie accompagnée d'insomnie qui diminua par de fortes doses de substance pituitaire. Le même traitement a été également très efficace dans un cas de Rolleston.

Eulenberg. — Acromégalie avec tumeur maligne de l'hypophyse détruisant la selle turcique. Sommeil agité et accompagné de terreurs, d'angoisses et de troubles psychiques.

Enfin *douze* autres auteurs rapportent des cas de tumeur hypophysaire avec acromégalie dans lesquels on constate de l'insomnie.

OBSERVATION (1) *XXVIII*

(Tumeurs de l'hypophyse : insomnie sans acromégalie)

Mosse. — Sarcome diffus cellulaire de l'hypophyse avec insomnie.

(1) Même note que pour l'Observation XVII.

Warthin. — Sarcome de la glande pituitaire avec insomnie.

Cagnetto — Sarcome de l'hypophyse avec absence complète de cellules chromophiles : insomnie continue.

Duchesneau. — Tumeur hypophysaire avec hypophyse tellement ramollie que lorsqu'on ouvrit la tumeur, la substance glandulaire jaillit presque à l'état de liquide : insomnie.

Holsti ; Osborne ; Pechadre. — Cas qui à l'autopsie présentèrent l'hypophyse molle, pulpeuse, et s'accompagnaient d'insomnie.

Antonini. — Tumeur maligne de l'hypophyse très molle avec complète destruction du tissu glandulaire : la malade passait la nuit à se promener dans sa chambre.

Hippel. — Tumeur molle de l'hypophyse avec foyers hémorragiques, dégénérescence hyaline, disparition du tissu folliculaire et insomnie.

Bleitbreu. — Tumeur maligne complètement dégénérée de la glande pituitaire avec insomnie.

Battiscombe. — Abcès de l'hypophyse dans lequel la glande réduite en lambeaux trainait dans le pus : insomnie.

Tumeur ou compression de l'hypophyse intacte sans dyssomnie

OBSERVATION XXIX

(*Berger in Sem. Médic.*, 1904).

Résumée

Jeune garçon de 14 ans, qui présentait les symptômes suivants : céphalée depuis 2 ans ; vomissements même à jeun, protrusion des globes oculaires, arrêt de croissance, obésité. L'acuité visuelle diminua 18 mois après le début de la

maladie. L'affection évolua lentement. *On ne note pas de troubles du sommeil.* Mort brusque.

Autopsie. — Tumeur siégeant au voisinage du corps pituitaire.

Epithélioma de la base du cerveau, comprimant le chiasma empiétant sur l'hypophyse, *d'ailleurs intacte, même au microscope.*

OBSERVATION XXX

(B. Krumbhaar in Revue Neurologique, 1910)

Adulte ne présentant aucun signe d'acromégalie, ni de gigantisme, ni de dégénération adiposo-génitale. La tumeur de l'hypophyse ne détermina pendant la vie d'autres signes que ceux de l'élévation de la pression intra-cranienne et de la compression locale.

Autopsie. — Adénome de la partie glandulaire de l'hypophyse, tumeur bénigne ayant laissé persister la structure normale, tant du lobe antérieur que du lobe postérieur de la glande.

Au microscope, les cellules de la tumeur avaient l'aspect des cellules chromophobes du lobe antérieur. Il n'y existait certainement pas de cellules chromophiles, si bien que le cas actuel s'accorde avec la théorie suivant laquelle l'augmentation de volume de l'hypophyse ne détermine pas l'acromégalie, à moins qu'il n'y ait en même temps augmentation des cellules chromophiles.

L'auteur examine d'une façon générale les rapports qui existent entre l'acromégalie et la tumeur hypophysaire. Si l'acromégalie n'est pas toujours conditionnée par la tumeur de l'hypophyse, elle l'est si fréquemment qu'une relation étroite entre les deux faits est certaine. Dans le cas où l'acromégalie existe et où l'hypophyse n'est pas augmentée de volume il y a peut-être une mo-

dification des autres glandes à sécrétion interne capables de réaliser précisément le même tableau dystrophique réalisé habituellement par la tumeur hypophysaire.

Tumeur de l'hypophyse détruite sans dyssomnie

OBSERVATION XXXI

(*Kollarits in Sem. Méd.*, 1905, p. 78).

Tumeur du corps pituitaire ayant évolué sans donner lieu à aucun signe d'acromégalie, chez une jeune fille de 16 ans qui, six mois après avoir contracté la syphilis, fut atteinte de douleurs de tête violentes, avec exacerbation nocturne. A quelque temps de là, paralysie de l'oculo-moteur externe droit. Vomissements. Vertige. Ptosis droit, paralysie de l'oculo-moteur externe gauche. Convulsions avec dyspnée et perte de connaissance.

On ne note pas de troubles du sommeil.

Autopsie. — Sarcome qui s'était substitué à l'hypophyse *sans en laisser intacte aucune partie.*

OBSERVATION XXXII

(*Ibidem*)

Femme de 28 ans. Un an avant la mort, violente céphalée nocturne. La vision s'affaiblit progressivement.

On ne note pas de troubles du sommeil.

Autopsie. — Angiosarcome du corps pituitaire, dont *aucun élément structural ne put être retrouvé.*

CHAPITRE II

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Comment comprendre les conditions d'apparition de ces troubles du sommeil ?

Pouvons-nous dans nos vingt-quatre premières observations où figurent simultanément la tumeur de la base et l'hypersomnie, envisager comme cause du sommeil la compression de la région où l'on suppose l'existence d'un centre de la veille, ainsi que le fait Franceschi lui-même dans sa seconde hypothèse (Obs. XXIII). Nous ne le pensons pas.

En effet, dans le cas d'hypersomnie vraie, accompagnant une tumeur cérébrale à localisation quelconque, la compression intra-crânienne n'est pas toujours considérable : Blum rapporte le cas d'une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, localisée à la partie supérieure de l'hémisphère gauche qui déterminait du sommeil. De plus, dans le cas de Baduel (Obs. XVII) figure un simple début de sclérose de l'hypophyse, sans compression intra-ventriculaire avec hypersomnie. Enfin, dans les Observations XXVII et XXVIII des tumeurs de la même région exerçant une compression intra-ventriculaire semblable ne donnaient point un sommeil identique, mais s'accompagnaient au contraire d'insomnie. Rappelons en

outre les observations XXIX et XXX de tumeurs de l'hypophyse dans lesquelles, malgré la compression, on n'observait pas de modification du sommeil, mais où, détail important nous semble-t-il, le **tissu de la glande examiné au microscope ne présentait aucune altération.**

Dans un cas de tumeur du III[e] ventricule, sans lésion macroscopique ni compression de l'hypophyse où la somnolence a été un symptôme dominant de la maladie (1), Claude et Lhermitte concluent à la fragilité de la théorie de Salmon.

En ont-ils bien le droit ?

Ces auteurs eux-mêmes, par ailleurs, dans une discussion d'un cas de virilisme épiphysaire, n'ont-ils pas tous deux attribué l'origine de l'affection à une altération de l'hypophyse, en admettant très justement que « les tumeurs épiphysaires, par suite de la distension du III[e] ventricule et de la compression de l'infundibule réagissaient toujours sur l'hypophyse ». Et Cushing, nous l'avons vu, a constaté dans un même ordre d'idées des altérations très nettes de l'hypophyse dans des tumeurs cérébrales, surtout dans celles qui s'accompagnent de compression de l'infundibule, comme dans le cas présent. Or Claude et Lhermitte ne parlent pas dans le cas qu'ils rapportent de l'examen histologique de la glande. Leur conclusion paraît donc un peu hâtive.

La compression ne pouvant donc pas être fatalement invoquée, peut-on expliquer ces phénomènes par une irritation infectieuse, une inflammation lésant le centre

(1) On peut rapprocher de ce cas l'Observation Ogle (in Thèse Voulfovitch) d'un sarcome alvéolaire de l'épiphyse où le symptôme principal et initial est la tendance au sommeil.

de la veille et en paralysant l'action ? Ce seraient les cas de Mauthner (Obs. XXIV) de Gayet (Obs. XXVI), de Lesage et Abrami, et de toutes les encéphalites léthargiques. Mais dans ces observations, les désordres constatés envahissent aussi la région où s'implante l'hypophyse.

Peut-on, dès lors, envisager cette irritation comme agissant directement par elle-même et refuser à l'hypophyse, également atteinte ou du moins fortement suspecte, toute intervention dans l'apparition de ces troubles hypniques ? Rappelons d'ailleurs l'opinion de Tucker qui rapporte aux lésions de cette glande, nettement atteinte dans deux cas d'autopsie d'encéphalite léthargique, cet état d'hypersomnie.

Et rappelons, en outre, toutes celles de nos observations où l'on note de l'hypersomnie sans que dans la même région aucun phénomène d'inflammation locale puisse être incriminé.

Il reste enfin une troisième explication : l'intoxication admise d'ailleurs, à l'exclusion de tout processus de compression, par Mailhard et Milhit dans leur cas de sarcome du lobe temporo-sphénoïdal avec sommeil.

Cette théorie, rendue séduisante par les expériences de Piéron, expliquerait les troubles du sommeil par une action toxique, d'origine néoplasique dans les tumeurs, action se manifestant directement sur les centres nerveux ou plutôt agissant, avant d'atteindre ce résultat, sur l'hypophyse en déterminant une intervention complémentaire nécessaire de cette glande, défaillance ou hyper-activité.

Or, en ce qui concerne cette action *directe* de l'intoxication, il existe des tumeurs — de l'hypophyse notamment (Obs. XXIX et XXX) — dans lesquelles l'absence de

troubles du sommeil coïncide avec l'intégrité absolue de la glande. Les toxines d'origine néoplasique ne sauraient donc, à elles seules, déterminer des troubles du sommeil.

Il faudrait alors concevoir un deuxième élément : serait-il illogique de le faire résider justement dans les troubles de la sécrétion hypophysaire trouvée profondément modifiée dans nos premières observations où se rencontraient précisément des troubles manifestes du sommeil ? Notons que dans les cas d'hypersomnie dans lesquels l'hypophyse semble normale anatomiquement, aucun examen histologique n'a révélé l'intégrité de la fonction glandulaire.

Il semblerait donc que la dyssécrétion hypophysaire ait une relation réelle avec l'apparition de la dyssomnie. En pratique les injections d'extrait hypophysaire, nous l'avons vu, amènent le sommeil chez l'animal sain, au même titre semble-t-il que l'hypnotoxine de Piéron ; de même des malades insomniques voient leur sommeil régularisé par cette médication opothérapique.

Mais dans nos Obs. XXXI et XXXII nous trouvons une hypophyse complètement détruite et pas de troubles du sommeil. Ces constatations ne détruisent-elles pas toute relation entre la dyshypophysie et la dyssomnie ?

Nous ne le pensons pas et peut-être pouvons-nous les expliquer à la faveur d'une comparaison. Etablissons un parallèle entre les deux ordres de faits suivants : d'une part dyssécrétion hypophysaire et dyssomnie et d'autre part dyssécrétion hypophysaire et acromégalie.

La coexistence entre ces deux derniers faits a amené les auteurs — Pierre Marie notamment — à les considérer comme liés l'un à l'autre : les recherches et les obser-

vations successives ont prouvé l'existence absolue de ces rapports. Mais on a observé des cas de tumeur pituitaire sans acromégalie (Obs. VII-IX-X-XVII) prouvant bien que la tumeur ne saurait suffire si elle ne s'accompagne pas de troubles de la sécrétion. Inversement, Erdheim a trouvé l'hypophyse cérébrale saine chez une acromégalique et Courtellemont a bien montré que lorsqu'on ne trouve pas cette dyssécrétion dans l'hypophyse cérébrale, il faut la chercher dans une hypophyse surnuméraire.

Or le trouble du sommeil, élément important du syndrome acromégalique, ne peut-il pas suivre les variations de la sécrétion d'une hypophyse—cérébrale ou surnuméraire — au même titre que les troubles trophiques des extrémités ? Ces variations peuvent d'ailleurs être consécutives à une tumeur hypophysaire (Obs. I à XVIII), à une simple compression de voisinage (Obs. XIX à XXIII), à une sclérose initiale (Obs. XVII, cas de Baduel) ou à une infection d'origine diverse, notamment dans l'encéphalite léthargique (Faits de Tucker) — tous facteurs modifiant la sécrétion de l'hypophyse.

Et en se rappelant le principe de la vicariance d'Erdheim exposé par Courtellemont n'est-on pas en droit d'en faire l'application aux deux observations XXXI et XXXII de Kollarits, où la tumeur a complètement détruit l'hypophyse sans amener ni troubles du sommeil ni acromégalie ?

L'absence de ces troubles peut être rapportée à l'existence d'une hypophyse supplémentaire dont la sécrétion de vicariance s'est substituée à celle de l'hypophyse cérébrale détruite. Krumbhaar (Obs. XXX) émet une opinion analogue, mais il ferait jouer ce rôle de suppléance à d'autres glandes qu'à une hypophyse surnuméraire. Notre hypothèse—qui repose sur le fait précis d'Erdheim

— permettrait de comprendre, étant donnée la variabilité de toute sécrétion de vicariance, pourquoi dans trois cas où l'hypophyse cérébrale était complètement détruite on observait avec Soca (Obs. XVI) de l'hypersomnie, avec Antonini (Obs. XXVIII) de l'insomnie, et avec Kollarits (Obs. XXXI et XXXII) la persistance d'un sommeil sans troubles.

CONCLUSIONS

En résumé nous avons réuni un certain nombre de cas de ces tumeurs de l'hypophyse qui, au point de vue de la dyssomnie, peuvent se classer comme il suit :

Tumeurs de l'Hypophyse	Avec Acromégalie	Sans Acromégalie	Avec Hypersomnie	Avec Insomnie	Sans Dyssomnie
109	68	41	54	14	0
			26	11	4

Notons en outre que dans trois observations d'hypersomnie d'origine infectieuse et traumatique (Obs. XXIV-XXV-XXVI) les auteurs accusent la lésion du territoire du III° ventricule et de la région pédiculo-hypophysaire et que dans deux cas d'encéphalite léthargique Tucker met nettement en cause la lésion hypophysaire.

Il est à regretter enfin que dans de nombreux autres cas d'infection ayant débuté par des accès de narcolepsie (25 cas de méningite tuberculeuse de Lesage et Abrami, cas de lèpre de Leloir entre autres) l'examen du cerveau — et principalement de la région hypophysaire — n'ait pas été pratiqué.

De l'exposé qui précède nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. Les troubles du sommeil, fréquents dans les affections cérébrales, coïncident le plus souvent avec des troubles de la sécrétion hypophysaire.

II. Il semble qu'il y ait lieu de tenir compte dans ces rapports de coexistence non seulement de troubles de la sécrétion de l'hypophyse cérébrale, mais aussi de troubles de la sécrétion d'hypophyses accessoires.

III. La dyssomnie ne saurait toutefois permettre de conclure à la localisation hypophysaire d'une lésion cérébrale.

IV. On ne saurait davantage établir une relation quantitative entre les modifications de la sécrétion hypophysaire et celles du sommeil.

V. De nouvelles recherches et l'examen systématique de l'hypophyse cérébrale — et des hypophyses surnuméraires, s'il y a lieu — dans les cas de troubles du sommeil seront nécessaires pour permettre d'établir la nature des rapports existant entre la dyshypophysie et la dyssomnie.

BIBLIOGRAPHIE

ARDIN-DELTEIL. — Encéphalite léthargique observée à Alger (Société Médicale des Hôpitaux, 7 juin 1918 ; in *Presse Médicale*, 1918, n° 36).

ASCOLI et LEGNANI. — Les conséquences de l'extirpation expérimentale de l'hypophyse. (*Presse Médicale*, 1912. n° 39).

P. BASSŒ. — Encéphalite épidémique (*Presse Médicale*, 1919, n° 28).

BERILLON. — Le centre du réveil (*Gazette des Hôpitaux*, 1909, p. 483).

BERGER. — Tumeur de la région hypophysaire avec autopsie. (*Semaine Médicale*, 1904, n° 51).

BRIQUET. — Rapports entre la maladie du sommeil et le myxoédème (*Presse Médicale*, 1898, n° 74).

BROOKS (Harlon). — Un cas d'acromégalie avec autopsie (*Arch. de Neurologie*, 1901, XI, p. 243).

BROWN-SEQUARD. — Le sommeil normal résultat d'un inhibition de l'activité intellectuelle. (*Archives de Physiologie*, 1889, I, p. 333).

CAMUS et ROUSSY. — Hypophysectomie et glycosurie expérimentales. (*Mémoires de la Société de Biologie*, 1914, I, p. 299).

CANGE. — Acromégalie et cécité. (*Archives Générales de Médecine*. 1905, II, p. 2.575).

CESTAN-HALBERSTADT. — Tumeur de l'Hypophyse. (*Arch. Générales de Médecine*, 1903, II, p. 3.126).

CHARTIER. — A propos de l'Encéphalite léthargique. (*Presse Médicale* 1918, n° 71).

CITELLI. — Sur les rapports physio-pathologiques existant entre le Système hypophysaire et différentes lésions chroniques du pharynx. (*Revue Neurol.* 1912, t. II, p. 254).

CLAUDE et LHERMITTE. — Le syndrôme infundibulaire dans un cas de tumeur du III[e] ventricule. (*Presse Médicale*, 1917, n° 41).

CLAPARÈDE (E.). — Théorie biologique du sommeil. (in *Arch. des Sciences Phys. et Natur.*, 1904, XVII).

COURTELLEMONT. — Des tumeurs du corps pituitaire. (*Revue Neurologique*, 1911, II, p. 261).

CUSHING (H.). — Quelques points de la physiologie pathologique des tumeurs intra-crâniennes. (*Presse Médicale*, 1910, n° 7).

CYON (DE). — Les fonctions de l'hypophyse et de la glande pinéale. (Comptes rendus de l'Académie des Sciences. 1907, n° 144, p. 868).

DANA (Charles). — Somnolence morbide. Sa relation avec les glandes à sécrétion interne ; Médical Record. New-York 1916. (*Revue Neurologique*, 1917, II. p. 37).

DELILLE (Arthur). — L'hypophyse et la médication hypophysaire. (Thèse de Paris. 1909).

DEVAUX. — Théorie osmotique du sommeil. (*Arch. Génér. de Médecine*, 1906, I, p. 303).

DUBOIS. — Le centre du sommeil. (*Mémoires de la Société de Biologie*, 1901, p. 229).

DUBOIS. — Le sommeil de la marmotte. (*Annales de l'Université de Lyon*, 1896. XVIII).

FOURNIER (J.-B.). — Acromégalie et troubles cardio-vasculaires. (Thèse de Paris, 1896).

FRANCESCHI. — In Raymond.

FRANKL-HOCHWARTH. — Le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse sans acromégalie. (*Revue Neurologique*, 1910, II, p. 314).

FURET (Louis). — De la Narcolepsie (Thèse de Paris, 1901).

GAYET. — Affection encéphalique (*Arch. de Physiol.*, 1875, II, p. 341).

GEMELLI. — Physiologie de l'hypophyse (*Arch. ital. de biol.*, 1901, p. 350).

GLEY. — Effets de la thyroïdectomie chez le chien (*Arch. de Physiol.*, 1892, p. 81).

HERCOUET (Jean). — Le sommeil dans les tumeurs cérébrales (Thèse de Paris, 1905).

JANET. — Kyste parasitaire du cerveau (*Arch. Gén. de Méd.*, 1891, II, p. 464).

JAMESON (Evens). — Quelques manifestations des tumeurs de l'hypophyse (*Presse médicale*, 1912, n° 15).

KINNIER (Wilson). — Encéphalite épidémique (*Presse Médicale*, 1918, n° 68).

KOLLARITS (J.). — Tumeurs de l'hypophyse sans acromégalie (*Semaine Médicale*, 1905, n° 7).

KRUMBHAAR (Edmond). — Tumeur de l'hypophyse, ses relations avec l'acromégalie (*Revue Neurologique*, 1910, I, p. 39).

LAMACQ. — A propos de quelques cas de Narcolepsie (*Revue de Méd.*, 1897, XVII, p. 699).

LAUNOIS (P.-E.). — Sur les cellules sidérophiles de l'hypophyse de la femme enceinte (*Presse Médicale*, 1903, n° 27).

LAUNOIS (P.-E.). — Recherches sur la glande hypophyse de l'homme (Thèse de Paris, 1904).

LAUNOIS et MULON. — Sur les cellules cyanophiles de l'hypophyse de la femme enceinte. (*Presse Médicale*, 1903, n° 27).

LAVERAN. — Paludisme et Trypanosomiase (in *Traité de Médecine Gilbert et Thoinot*, fasc. V).

LEDUC (Stephan). — Le sommeil électrique (*Presse Médicale*, 1907, n° 17).

LERI (André). — Un mode peu connu de l'infection de l'hypophyse : la voie des sinus sphénoïdaux (*Rev. Neurol.*, 1913, II, p. 644).

LESAGE et ABRAMI. — Méningite tuberculeuse à forme somnolente (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1906, XXIII, p. 58).

LESLY (Mlle). — De la Narcolepsie (Thèse de Paris, 1896).

LHERMITTE (J.). — Hyperplasie hypophysaire dans la sclérose en plaques (*Presse médicale*, 1910, n° 101).

LIVON-PEYRON. Les énergies hypophyso-glandulaires (*Presse Médicale*, 1912, n° 33).

MAILHARD et MILHIT. — Un cas de tumeur cérébrale avec sommeil (*Encéphale*, 1906, I, 3, p. 230).

MANACÉINE (Marie). — Quelques observations sur l'influence de l'insomnie absolue (*Arch. ital. de Biologie*, 1894, p. 322).

MANSON (Patrick). — *Traité des Maladies des Pays Chauds*, p. 155.

MAUTHNER. — Contribution à la Pathologie et à la Physiologie du Sommeil (*Semaine Médicale*, 1890, p. 203).

MENSINGER. — In Soca.

MONGOUR. — Maladie du Sommeil et Myxoedème (*Presse Médicale*, 1898, n° 78).

NETTER (Arnold). — Encéphalite léthargique épidémique (*Presse Médicale*, 1918, n° 26).

PARHON et GOLDSTEIN. — Tumeur de l'hypophyse et absence d'acromégalie : troubles mentaux et sommeil pathologique (*Rev. Neurol.*, 1909, II, p. 1290).

PERRIER (André). — Contribution à l'étude des réactions de l'hypophyse à la suite d'ablations glandulaires (Thèse de Paris, 1909).

PEYRON. — *In* Livon.

PIERON (H.). — L'étude expérimentale du sommeil normal (*Mémoires de la Société de Biologie*, 1907, p. 307, 342, 400, 1005).

PIERON (H.). — Le problème physiologique du Sommeil (Thèse de Paris, 1912).

POTHIER (O.-L.). — Encéphalite léthargique (*Presse Médicale*, 1919, n° 25).

PURVES (Stewart). — Le diagnostic des Maladies nerveuses (1910).

RAYER. — Observations sur les Maladies de la glande pituitaire (*Arch. Gén. de Méd.*, 1823, III, p. 350).

RAYMOND. — Le sommeil dans les tumeurs cérébrales (*Arch. Gén. de Méd.*, 1905, I, p. 1551).

RICE ORLEY (J.). — Un cas d'encéphalite léthargique épidémique (*Presse médicale*, 1918, n° 68).

RIGHETTI. — *In* Raymond.

SAINT MARTIN (de) et J. LHERMITTE. — Poliomésocéphalite primitive avec narcolepsie (*Presse Médicale*, 1918, n° 65).

SAINTON (P.). — Encéphalite léthargique (*Presse Médicale*, 1918, n° 53).

SALMON (A.). — Sur l'origine du Sommeil. Etude des relations entre le sommeil et la fonction de la glande pituitaire (*Presse Médicale*, 1906, n° 8).

SALMON (A.). — La fonction du Sommeil (Paris, 1910).

SALMON (A.). — Le syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du III[e] Ventricule (*Presse Médicale*, 1917, n° 56).

SANDRI (O.). — Contribution à l'anatomie et à la Physiologie de l'hypophyse (*Arch. ital. de biologie*, 1909, n° 51, p. 337).

SANDRI (O.). — Tumeur de l'hypophyse ; sommeil pathologique, absence de manifestations acromégaliques (*Rev. Neurol.*, 1910, I., p. 579).

SCHAFER. — Structure et fonction de l'hypophyse (*Rev. Neurol.*, 1913, II, p. 443).

SIMMONDS. — Mort par disparition de l'hypophyse (*Rev. Neurol*, 1914-15, p. 852).

SOCA (F.). — Sur un cas de sommeil prolongé pendant sept mois par tumeur de l'hypophyse (*N[lle] Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, n° 2, mars-avril).

SOUQUES. — Narcolepsie consécutive à une commotion cérébrale (*Presse Médicale*, 1918, n° 45).

STANNENS. — *In* Soca.

STASSANO. — Nouvelles recherches sur le sommeil (*Mémoires de la Soc. de Biol.*, 1884, p. 196).

STEFANOWSKA. — Etude histologique du cerveau dans le sommeil provoqué par la fatigue (*Arch. de Neurol.*, 1900, X, p. 222).

TARCHANOFF. — Quelques observations sur le sommeil normal (*Arch. ital. de biologie*, 1894, n° 21, p. 318).

TESTUT. — *Traité d'anatomie descriptive*, T. II, p. 656 et T. IV, p. 83.

TOURNAY (A.). — L'homme endormi (Thèse de Paris, 1909).

TUCKER. — Encéphalite épidémique léthargique (*Presse Méd.*, 1919, n° 50).

VOULFOVITCH (M[lle]). — Pathogénie du sommeil (en particulier dans les tumeurs cérébrales) (Thèse de Paris, 1905).

WARLOMONT. — Sur la maladie mystique de Louise Lateau (*Gaz hebd. de Méd. et de Chir.*, 1875).

WEGEFORTH (P.) et J.-B. AYER. — Encéphalite léthargique (*Presse Médicale*, 1919, n° 64).

WILLIAMS (A.). — Adipose pituitaire. Syndrôme de Launois avec accès de narcolepsie (*Rev. Neurol.*, 1912, II., p. 196).

SERMENT

« En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne me servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

« Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque ! »

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 11

INTRODUCTION 13

I^re^ PARTIE

CHAPITRE I. — Théorie du Centre du Sommeil..... 15

CHAPITRE II. — Théorie toxique du Sommeil..... 19

CHAPITRE III. — Théorie du sommeil fonction positive. 23

CHAPITRE IV. — Théorie hypophysaire du sommeil... 25

CHAPITRE V. — L'hypophyse 27

CHAPITRE VI. — Le sommeil pathologique..... 31

CHAPITRE VII. — Les Faits 33

II^e^ PARTIE

CHAPITRE I. — Exposé des Observations..... 49

I à XVIII. Tumeur de l'hypophyse avec hypersomnie 49

XIX à XXIII^bis^. Tumeur para-hypophysaire avec hypersomnie 61

XXIV à XXVI. Atteinte de l'hypophyse avec hypersomnie 65

XXVII à XXVIII. Tumeur de l'hypophyse avec insomnie. 67

XXIX à XXX Tumeur ou compression de l'hypophyse intacte sans dyssomnie.... 68

XXXI à XXXII. Tumeur de l'hypophyse détruite sans dyssomnie 70

CHAPITRE II. — Discussion des observations..... 71

CONCLUSIONS 77

BIBLIOGRAPHIE 79

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr ARDIN-DELTEIL.

Vu :

Le Doyen,

Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 24 mars 1920.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER